

PSIHOLOGIE

Franz Alexander

Medicina psihosomatică

Principiile și aplicabilitatea ei

cu un capitol despre

Funcțiile aparatului sexual și tulburările acestora

de Therese Benedek

Prefață la ediția din 1987

de George H. Pollock

Traducere din limba engleză de

Iuliana Diaconu



EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

Director editorial:
Magdalena Mărculescu

Coperta colecției:
FABER STUDIO
(Silvia Olteanu și Dinu Dumbrăvician)

Director producție:
Cristian Claudiu Coban

Redactor:
Daniela Ștefănescu

Dtp:
Eugenia Ursu

Corectură:
Lorina Chițan

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

ALEXANDER, FRANZ

Medicina psihosomatică : principii și aplicabilitatea ei /

Franz Alexander ; trad.: Iuliana Diaconu.

- București : Editura Trei, 2008

Bibliogr.

ISBN 978-973-707-188-0

I. Diaconu, Iuliana (trad.)

616.89

Această ediție a fost tradusă după:

Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications, de Franz Alexander.
Capitolul: „The Functions of the Sexual Apparatus and Their Disturbances”,
de Therese Benedek, W.W. Norton & Company, New York – Londra, 1987

Copyright © 1987, 1950 by W.W. Norton & Company, Inc.
Copyright © Editura Trei, 2008, pentru ediția în limba română
C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-188-0

Cuprins

<i>Prefață la ediția din 1987</i>	9
<i>Cuvânt înainte</i>	15
<i>Mulțumiri</i>	17

Partea I Principii generale

Capitolul 1 Introducere	21
Capitolul 2 Rolul psihiatriei moderne în dezvoltarea medicinei	29
Capitolul 3 Influența psihanalizei asupra dezvoltării medicinei	37
Capitolul 4 Contribuțiile psihologiei formei (gestaltismului), neurologiei și endocrinologiei	42
Capitolul 5 Isteria de conversie, nevroza vegetativă și tulburarea organică psihogenă	46
Capitolul 6 Progresul în gândirea etiologică	53
Capitolul 7 Considerații metodologice privind abordarea psihosomatică	57

Capitolul 8 Principiile fundamentale ale abordării psihosomatice	62
1. Psihogeneza	62
2. Funcțiile fiziologice afectate de influențe psihologice	64
3. Problema specificității factorilor emoționali în tulburările somatice	79
4. Tipul de personalitate și boala	81
5. Relația dintre mecanismele nervoase și cele hormonale	87

Partea a II-a

Factorii emoționali în diferite boli

Introducere la partea a II-a	95
Capitolul 9 Factorii emoționali în tulburările gastrointestinale	97
1. Tulburări ale apetitului și hrănirii Psihologia procesului de nutriție	98
2. Tulburări ale actului înghițirii	112
3. Tulburări ale funcțiilor digestive	114
4. Tulburări ale funcțiilor eliminării	134
Capitolul 10 Factorii emoționali în tulburările respiratorii	153
Capitolul 11 Factorii emoționali în tulburările cardiovasculare	165
1. Tulburări ale activității cardiace (tahicardia și aritmia)	165
2. Hipertensiunea esențială	166
3. Sincopa vasodepresoare	179
4. Durerile de cap psihogene și migrena psihogenă	180

Capitolul 12 Factorii emoționali în bolile de piele	191
Capitolul 13 Factorii emoționali în tulburările metabolice și endocrine	198
1. Tirotxicoza	198
2. Stările de oboseală	216
3. Diabetul zaharat (diabetes mellitus)	227
Capitolul 14 Factorii emoționali în tulburările articulare și ale musculaturii scheletice	236
1. Artrita reumatoidă	236
2. Individul predispus la accidente	246
Capitolul 15 Funcțiile aparatului sexual și tulburările acestora	255
1. Funcțiile sexuale la bărbat	266
2. Funcțiile sexuale la femeie	268
3. Disfuncțiile psihosexuale	283
Capitolul 16 Terapia	312
Bibliografie	323

Prefață la ediția din 1987

de GEORGE POLLOCK

Contribuțiile, cu caracter de pionierat și deosebit de incitante, pe care Franz Alexander le-a adus numeroaselor domenii ale psihiatriei, psihanalizei și medicinei sunt renumite și recunoscute în întreaga lume. O parte din ideile sale sunt încă fundamentale pentru înțelegerea psihologiei umane, în timp ce altele capătă din nou relevanță în prezent, în cadrul considerațiilor noastre clinice și teoretice, ele constituind punctul de plecare atât pentru cei care au continuat munca lui Alexander, cât și pentru cei care investighează noi domenii.

Așa cum reiese din acest volum, una dintre ariile centrale de cercetare ale lui Alexander a fost relația de interdependență dintre minte și corp. Această muncă s-a bazat pe experiențele sale clinice de a oferi tratament psihanalitic unor pacienți cu boli fiziologice diverse ca, de exemplu, ulcer duodenal, colită ulceroasă, astm bronșic, neurodermită, hipertensiune idiopatică, artrită reumatoidă și tireotxicoză. Ulterior, mulți dintre colegii lui Alexander de la Institutul de Psihanaliză din Chicago s-au alăturat acestor studii clinice. Rezultatul l-a constituit un studiu organizat asupra specificității bolilor

psshoomatice (Alexander, French și Pollock, 1968). Acest studiu a confirmat ipoteza lui Alexander despre specificitatea și unele dintre formulările sale despre cele șapte boli investigate, iar în prezent putem extinde rezultatele activității sale și grupul specificității și la domenii care până în prezent nu fuseseră explorate.

Scrierile lui Alexander despre aspectele clinice și teoretice ale interdependențelor psihosomatice sunt încă folosite de către studenți, profesori, cercetători și teoreticieni din numeroase discipline. Mai cu seamă primele sale descoperiri au inspirat reluarea cercetării asupra relației creier–corp–minte, afect–cogniție–motivație, având în vedere că noile tehnici ne-au extins înțelegerea asupra comportamentului normal și patologic.

Tatăl lui Alexander a fost profesor de filosofie la Universitatea din Budapesta. Alexander a crescut într-o familie erudită, într-un mediu de idei și stimulare intelectuală. Influențele acestei copilării, relația cu tatăl său, precum și relațiile cu alte persoane care l-au inspirat se regăsesc în scrierile sale. El a fost filosoful, căutătorul adevărurilor universale, exploratorul ideilor. Se poate ca uneori să se fi înșelat, dar a învățat din propriile erori și și-a corectat presupunerile și înțelegerile greșite. Am văzut acest lucru în mod direct în timpul cercetării noastre asupra predicției specificității. Alexander avea o minte ageră, o înțelegere intuitivă a spuselor pacienților și totuși nerăbdarea unui intelectual neobosit.

În prima parte a acestui volum putem încă detecta prospețimea gândirii lui Alexander în capitolele ce tratează aspectele istorice, filosofice, nosologice, etiologice, metodologice și conceptuale ale medicinei psihosomatice — în ciuda faptului că acest volum a fost publicat pentru prima dată în 1950. În partea a doua, Alexander

a inclus un capitol despre sexualitate și disfuncțiile sexuale, scris de către Therese Benedek, asociata sa de mai mulți ani. Alexander este cel care a adus-o pe Benedek la Institutul de Psihanaliză din Chicago și a încurajat cercetările acesteia, în special pe cele asupra sexualității. Studiul acesteia asupra ciclului sexual feminin (realizat în colaborare cu B. Rubenstein) rămâne unul clasic în domeniu (Benedek și Rubenstein, 1942) și a servit din anumite puncte de vedere ca model pentru studiul ulterior asupra predicției specificității psihosomatice, menționat anterior.

Capitolul final scris de Alexander despre terapie este doar schițat, general, și într-o oarecare măsură depășit, dar el reflectă opinia autorului la momentul când acesta a scris *Medicina psihosomatică*. În acest capitol final, Alexander afirmă că „progresul în medicina modernă constă în mod specific în cooperarea dintre specialiștii psihiatri și nepsihiatri atât în diagnostic, cât și în tratament”. Mai departe el face precizarea că pacienții necesită „îngrijire medicală generală, control al dietei și tratament farmacologic”. Această afirmație corespunde foarte mult cu gândirea curentă referitoare la combinarea psihoterapiei cu farmacoterapia. Alexander nu o exprimă clar, având în vedere că agenții farmacologici cunoscuți la vremea când el a scris cartea erau oarecum limitați, dar se poate vedea retrospectiv cum el se îndrepta într-o direcție care în prezent permite acest gen de activități combinate, atunci când sunt indicate. Utilizarea combinată a agenților farmacologici și a psihoterapiei psihodinamice a început să fie acceptată pe scară largă doar recent. Este justificat să credem că Alexander ar fi fost satisfăcut de această modalitate terapeutică.

El era conștient de noile cercetări asupra stresului și de conexiunile acestui domeniu cu studiile neurale și

hormonale. Dacă Alexander ar fi avut oportunitatea să exploreze interesante descoperiri actuale din domeniul psihoneuroimunologiei, aspectele celulare ale proceselor memoriei și învățării și descoperirile care fac legătura dintre endorfine și numeroase procese psihologice, precum și recente categorii nosologice din DSM III, probabil că și-ar fi modificat teoriile, acolo unde această schimbare ar fi fost necesară.

Ipoteza asupra specificității prezentată în *Medicina psihosomatică* rămâne încă valabilă, cu anumite elaborări, ca de exemplu ideea specificității combinatorice (Pollock, 1981) și ipoteza că două sau mai multe afecțiuni pot fi prezente în același timp la același individ, fiecare dintre ele necesitând abordări terapeutice diferite (Pollock, 1986). Cercetările asupra tulburărilor datorate surmenajului provocat de stres au dus la extinderea listei de boli pe care Alexander și colegii săi le-au studiat inițial în cadrul investigațiilor clinice și al cercetărilor. În prezent am include aici și acele entități cum sunt boala coronariană, tulburările de alimentație și diabetul. Cercetările epidemiologice și genetice recente, diferențele dintre sexe și cele date de vârstă constituie doar câteva aspecte adiționale pe care probabil că Alexander le-ar fi cercetat.

Această carte a fost utilă pentru cel puțin două generații de psihiatri, psihanalisti, psihologi, asistenți sociali, asistenți medicali, studenți, profesori, cercetători și practicieni ai altor domenii medicale care vin în contact cu pacientul „psihosomatic”. Salut republicarea sa, ca fiind un omagiu meritoriu pentru un deschizător de drumuri a cărui muncă a constituit un stimul pentru numeroase generații care au urmat.

Bibliografie

- ALEXANDER, Franz, THOMAS M., POLLOCK, GEORGE H.: *Psychosomatic Specificity: Experimental Study and Results*, University of Chicago Press, Chicago, 1968.
- BENEDEK, Therese, RUBENSTEIN, Boris B.: *The Sexual Cycle in Women: The Relation Between Ovarian Function and Psychodynamic Processes*, National Research Council, Washington, D.C., 1942.
- POLLOCK, George H.: „Combinatorial specificity and the complementary series“, *The Annual of Psychoanalysis*, IX, pp. 161–171, International Universities Press, Madison, Connecticut, 1981.
- POLLOCK, George H.: „Do multiple diseases exist simultaneously?“ *The Annual of Psychoanalysis*, XIV, pp. 143–146, International Universities Press, Madison, Connecticut, 1986.

Cuvânt înainte

Această carte, ca o dezvoltare a unei lucrări anterior publicate, *Valoarea medicală a psihoanalizei* (*The Medical Value of Psychoanalysis*), are două obiective. Ea încearcă să descrie conceptele de bază pe care se fundamentează abordarea psihosomatică în cadrul medicinei și să prezinte informațiile existente cu privire la influența factorilor psihologici asupra funcțiilor organismului și la tulburările acestor funcții. Cartea nu conține o trecere în revistă detaliată a numeroaselor observații izolate și întâmplătoare publicate în literatura de specialitate în legătură cu influențele emoționale în producerea bolii: ea prezintă doar rezultatele unor investigații sistematice.

Convingerea autorului este că progresul în acest domeniu necesită acceptarea unui postulat de bază: și anume că factorii psihologici care influențează procesele fiziologice trebuie să fie supuși unei investigații la fel de riguroase și de detaliate ca aceea utilizată în mod curent în studiul proceselor fiziologice. A face referire la emoții în termeni generali ca, de exemplu, anxietate, tensiune, dezechilibru emoțional nu mai este de actualitate. Componenta psihologică reală a unei emoții trebuie de fapt studiată prin folosirea celor mai avansate metode ale psihologiei dinamice și ea trebuie corelată ulterior cu răspunsurile organice. Doar astfel de studii au fost incluse

în această carte, și anume acelea a căror desfășurare a respectat principiul metodologic menționat.

Un alt postulat ce caracterizează această lucrare este acela că procesele psihologice nu diferă în mod fundamental de alte procese care au loc în organism. Ele sunt în același timp procese fiziologice și diferă de celelalte procese organice doar prin faptul că sunt percepute subiectiv și pot fi comunicate verbal către ceilalți. Prin urmare, aceste procese pot fi studiate prin metode psihologice. Fiecare proces organic este influențat direct sau indirect de stimuli psihologici, întrucât organismul în totalitatea sa formează o unitate, ale cărei părți componente se află în relații de interdependență. Prin urmare, abordarea psihosomatică poate fi aplicată oricărui fenomen care are loc în organismul viu. Acest caracter universal al aplicabilității sale explică de ce se vorbește de o eră psihosomatică în medicină. În prezent nu poate exista nici o îndoială că punctul de vedere psihosomatic oferă o abordare nouă pentru înțelegerea organismului ca mecanism integrat. Posibilitățile de abordare terapeutică sunt fundamentate pentru multe maladii cronice și încurajează speranța extinderii aplicabilității lor în viitor.

Chicago, decembrie 1949

Mulțumiri

Abordarea psihosomatică este o metodă multidisciplinară în cadrul căreia psihiatrii colaborează cu specialiști din diferite domenii ale medicinei. Această carte este rezultatul unei colaborări de 17 ani cu colegii mei de la Institutul de Psihanaliză din Chicago, precum și cu alți medici specialiști.

Aș dori să-i mulțumesc lui dr. I. Arthur Mirsky pentru contribuția sa la evaluarea unor date fiziologice, mai precis cele din secțiunile despre mecanismele hormonale, anorexie nervoasă, hipertensiune, tireotoxicoză și diabet zaharat, și pentru prelucrarea ilustrațiilor; domnișoarei Helen Ross, dr. Thomas Szasz și dr. George Ham care au citit manuscrisul și au făcut sugestii valoroase. Capitolul despre tireotoxicoză este bazat pe munca de cercetare desfășurată în colaborare cu dr. George Ham și dr. Hugh Carmichael, al cărei rezultat va fi publicat în *The Journal of Psychosomatic Medicine*.

Câteva capitole ale manuscrisului se bazează pe articole publicate anterior. Aș dori să le mulțumesc dr.-lui Carl A.L. Binger, precum și [departamentului editorial, *n. ed.*] lui Paul B. Hoeber, Inc. pentru permisiunea dată de a republica fragmente din articole publicate anterior în *Psychosomatic Medicine* (F. Alexander: „Psychological Aspects of Medicine“, „Emotional Factors in Essential

Hypertension“, „Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension“, „Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder“; F. Alexander și S.A. Portis: „A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue“), dr. Sidney Portis pentru permisiunea de a republica fragmente ale capitolului apărut în revista *Diseases of the Digestive System*, The National Safety Council din Chicago pentru permisiunea de a republica articolul apărut în revista *Current Topics in Home Safety* și lui dr. Iago Galdston și dr. Henry H. Wiggins pentru acordul de a republica părți ale articolului meu: „Present Trends in Psychiatry and the Future Outlook“, apărut în publicația *Modern Attitudes in Psychiatry*, la Columbia University Press, ce mi-a servit ca bază pentru părți din introducere și pentru anumite secțiuni cuprinse în primele cinci capitole.

Partea I

Principii generale

Capitolul 1

Introducere

Iată că, din nou, pacientul ca ființă umană cu griji, temeri, speranțe și deznădejdi, considerat ca un tot indivizibil și nu doar ca purtător de organe — al unui ficat sau stomac bolnav —, este pe cale de a deveni obiectul legitim al interesului medical. În ultimele două decenii s-a acordat o atenție tot mai mare rolului cauzal al factorilor emoționali în cadrul bolii. O orientare psihologică tot mai amplă se face simțită printre medici. O parte dintre clinicienii respectabili și mai conservatori consideră acest lucru ca o amenințare la înseși bazele medicinei stabilite prin eforturi susținute, iar vocile cu autoritate avertizează practicienii că acest nou „psihologism” este incompatibil cu medicina ca știință a naturii. Aceștia ar prefera ca psihologia medicală să se limiteze doar la aspectele ce țin de arta medicală, la tactul și intuiția manifestate în cadrul îngrijirii pacientului, ca distincte de procedura terapeutică științifică propriu-zisă, bazată pe fizică, chimie, anatomie și fiziologie.

Cu toate acestea, privit dintr-o perspectivă istorică, acest interes pentru psihologie nu este altceva decât o reactualizare a opiniilor străvechi preștiințifice într-o formă nouă, științifică. Îngrijirea omului aflat în suferință nu a fost dintotdeauna divizată între preot și medic. Pe vremuri, funcțiile de vindecare, la nivel mental, cât și fizic, erau deținute

de aceeași persoană. În orice mod am explica puterea tămăduitoare a vraciului sau a evanghelistului ori a apei sfințite din Lourdes, nu ne îndoim că acești agenți au realizat adesea o influență curativă spectaculoasă asupra celui bolnav, și în anumite privințe chiar cu rezultate mai notabile decât cele datorate multora dintre medicamentele pe care le putem analiza chimic și ale căror efecte farmacologice le cunoaștem cu o mare precizie. Acest aspect psihologic al profesiei medicale a dăinuit numai într-o formă rudimentară, ca artă medicală și conduită la patul bolnavului, el fiind separat cu grijă de aspectul științific al terapiei și privit în principal ca influențare sugestivă, cu rol reasigurător, manifestată de medic asupra pacientului său.

Psihologia medicală științifică modernă nu este altceva decât o încercare de a conferi artei medicale, influenței psihologice exercitate de medic asupra pacientului său, o bază științifică, făcând-o parte integrantă a procesului terapeutic. Nu există îndoieli că o mare parte din succesul terapeutic în cazul profesiilor cu rol de vindecare, fie că ne referim la vraci, la preot sau la cel ce practică medicina modernă, s-a datorat raportului emoțional nedefinit care se stabilește între medic și pacient. Cu toate acestea, funcția psihologică a medicului a fost neglijată pe scară largă în decursul ultimului secol, când medicina a devenit o veritabilă știință a naturii bazată pe aplicarea principiilor din fizică și chimie asupra organismul viu. Postulatul filosofic fundamental al medicinei moderne este că organismul și funcțiile sale pot fi înțelese în termenii chimiei fizice, că organisme vii sunt dispozitive fizico-chimice și că idealul medicului este să devină un inginer al corpului. Recunoașterea forțelor de natură psihologică, o abordare psihologică a problemelor specifice vieții și bolii, este privită de către unii ca o revenire la ignoranța vremurilor de demult, când boala era conside-

rată ca fiind determinată de un duh rău, iar terapia ca exorcism, adică alungarea diavolului din corpul bolnav. Era un lucru firesc ca medicina de tip nou, bazată pe experimentele de laborator, să fie nevoită să-și apere cu vehemență aura științifică recent dobândită împotriva unor astfel de concepții mistice învechite, ca de exemplu cele aparținând psihologiei. Medicina, această nou-venită în rândul științelor naturii, și-a asumat în multe privințe atitudinea tipică nou-venitului care încearcă să-și facă pierdute originile modeste, devenind astfel mai intolerant, exclusivist și mai conservator decât aristocratul veritabil. Medicina a devenit intolerantă față de tot ceea ce avea vreo legătură cu trecutul său spiritual și mistic, la vremea când sora sa mai mare, fizica, această aristocrată a științelor naturii, suferea cea mai profundă revizuire a conceptelor sale fundamentale, punând sub semnul întrebării până și trăsătura distinctă a științei, și anume valabilitatea generală a determinismului.

Aceste afirmații nu au scopul de a minimaliza realizările etapei cercetărilor de laborator în medicină, considerată cea mai remarcabilă perioadă din istoria acesteia. Orientarea fizico-chimică ce se caracterizează prin studiul exact al detaliilor fine este responsabilă pentru progresul uriaș din medicină, ca de exemplu bacteriologia, chirurgia și farmacologia modernă. Unul dintre paradoxurile evoluției istorice este că, cu cât valoarea științifică a unei metode sau a unui principiu este mai mare, cu atât va determina o mai mare întârziere a dezvoltărilor ulterioare. Inerția minții umane o face pe aceasta să adere la idei și metode care și-au dovedit valoarea în trecut, chiar și atunci când utilitatea lor nu mai este aceeași în prezent. Multe astfel de exemple pot fi regăsite în decursul dezvoltării științelor exacte, ca de exemplu fizica. Einstein considera că ideile lui Aristotel despre mișcare au

întârziat progresul mecanicii timp de două mii de ani (76, [v. Bibliografia]). Progresul din orice domeniu necesită o reorientare o dată cu introducerea de noi principii. Chiar dacă, de fapt, aceste noi principii nu intră în contradicție cu cele anterioare, ele sunt adesea respinse sau acceptate doar după lupte acerbe în vederea recunoașterii.

Din această perspectivă, omul de știință are o viziune la fel de limitată ca orice alt om. Aceeași orientare fizico-chimică ce a stat la baza celor mai importante realizări ale medicinei a devenit, din cauza caracterului său unilateral, un obstacol în fața progresului viitor. Epoca cercetărilor de laborator în medicină se caracteriza printr-o atitudine analitică. Tipic pentru această perioadă a fost interesul specializat pentru mecanismele detaliate, în vederea înțelegerii proceselor parțiale care au loc. Descoperirea unor metode de observare mai precise, în special prin utilizarea microscopului, a dezvăluit un nou microcosmos, permițând o cunoaștere fără precedent a părților celor mai mici ale corpului. Ca urmare, în studiul cauzelor bolilor, scopul principal a devenit localizarea proceselor patologice. În medicina antică, teoria umorilor avea întâietate, susținând că fluidele din corp sunt purtătoare de maladii. Dezvoltarea treptată a metodelor de autopsiere din timpul Renașterii a permis studiul precis al detaliilor organismului uman, conducând astfel la concepte etiologice mai realiste, dar axându-se cu precădere pe anumite părți ale corpului. Pe la mijlocul secolului al XVIII-lea, Morgagni susținea că sediul diferitelor boli se afla mai ales în anumite organe, cum ar fi inima, rinichii, ficatul etc. Prin descoperirea microscopului, localizarea bolilor a devenit și mai precisă: celula a devenit locul de apariție al bolii. Virchow, căruia patologia îi datorează atât de mult, a fost cel care a declarat că nu există boli în general, ci doar boli ale organelor și celule-

lor. Realizările sale remarcabile în domeniul patologiei și considerația de care s-a bucurat au dus la stabilirea unei dogme în patologia celulară, care continuă să influențeze gândirea medicală și astăzi. Influența lui Virchow asupra gândirii etiologice constituie exemplul clasic al paradoxului istoric, conform căruia cu cât sunt mai remarcabile realizările trecute, cu atât ele devin obstacole mai mari împotriva progreselor viitoare. Observarea schimbărilor histologice la nivelul organelor bolnave, posibilă datorită microscopului și a tehnicilor perfecționate de colorare a țesuturilor, a fost cea care a consacrat modul de a gândi etiologic. Căutarea cauzei bolii a rămas mult timp limitată la studierea modificărilor morfologice locale la nivelul țesuturilor. Descoperirea că astfel de modificări morfologice pot fi rezultatul unor disfuncționalități cu caracter mai general ce apar ca o consecință a unei funcționări defectuoase, a stresului excesiv sau care se datorează unor factori emoționali, urma să fie făcută mult mai târziu. Mult mai generala teorie a umorilor, ce și-a pierdut credibilitatea atunci când Virchow l-a învins cu succes pe Rokitansky care era ultimul susținător al acesteia, trebuia să mai aștepte până la renașterea sa sub forma endocrinologiei moderne.

Puțini sunt cei care au înțeles esența acestei etape din dezvoltarea medicinei mai bine decât nespecialistul Stefan Zweig. În cartea sa *Tămăduire prin spirit*¹, el spune:

Boala nu mai însemna acum doar ceea ce se întâmplă cu omul în totalitatea sa, ci ceea ce se întâmplă la nivelul organelor sale... Și astfel misiunea firească inițială a medicului, abordarea bolii în ansamblul său, este înlocuită prin sarcina mai redusă de a localiza afecțiunea, a o iden-

¹ Stefan Zweig: *Die Heilung durch den Geist*. Insel-Verlag, Leipzig, 1931.

tifica și a o atribui unui grup de maladii deja stabilit... Această obiectivare și tehnicizare de neevitat a procesului terapeutic a ajuns la exces în secolul al XIX-lea, din cauza introducerii între medic și pacient a unui al treilea element în întregime mecanic, aparatul. Înțelegerea pătrunzătoare, creativ sintetizatoare a medicului înăscut, a devenit tot mai ne semnificativă în diagnostic...

La fel de impresionantă este și afirmația lui Alan Gregg, un filantrop care are o perspectivă mai cuprinzătoare asupra trecutului și prezentului medicinei²:

Totalitatea reprezentată de ființa omenească a fost divizată pentru a fi studiată în părți și sisteme; nimeni nu poate minimaliza valoarea metodei, dar nu suntem obligați să rămânem satisfăcuți doar de rezultatele acesteia. Ce aduce și menține diferitele noastre organe și numeroasele noastre funcții în armonie, ca făcând parte din aceeași ligă? Și ce are de spus medicina referitor la separarea facilă a „minții” de „corp”? Ce face ca un individ să fie ce implică de fapt cuvântul „nedivizat”, în adevăratul sens al cuvântului? În acest punct, nevoia mai multor informații este de o evidență chinuitoare. Dar mai importantă decât simpla nevoie este prevestirea schimbărilor ce vor urma. Psihiatria este în transformare, neurofiziologia în ascensiune, neurochirurgia prosperă și o stea norocoasă veghează încă asupra începuturilor endocrinologiei... Contribuțiile provenind din alte domenii sunt de așteptat de la psihologie, antropologia culturală, sociologie, filosofie, precum și de la chimie, fizică și medicină internă pentru a rezolva dihotomia dintre minte și corp lăsată moștenire de către Descartes.

² Alan Gregg: „The Future of Medicine”, *Harvard Medical Alumni Bulletin*, Cambridge, octombrie 1936.

În acest mod, medicina clinică a fost divizată în două părți eterogene, una considerată mai avansată și științifică, ea incluzând toate tulburările care pot fi explicate în termeni fiziologici și de patologie generală (de exemplu, anomalii organice ale inimii, forme de diabet, boala infecțioasă etc.), și cealaltă considerată mai puțin științifică, ea cuprinzând un mare amestec de afecțiuni mai ușoare, cu cauze obscure, cel mai frecvent de origine psihică. Specifică pentru această atitudine duală — ca expresie tipică a manifestării inerției minții umane — este tendința de a aplica în mod forțat la un număr tot mai mare de boli schema etiologică a infecției, în care cauza patogenă și efectul patologic par să se afle într-o relație reciprocă relativ simplă. Când explicația de natură infecțioasă sau de altă natură organică nu stă în picioare, clinicianul modern este prea grăbit să se mulțumească cu speranța că pe viitor, când se vor cunoaște mai multe detalii legate de procesele organice, factorul psihic acceptat oricum cu reticență va putea fi în final ignorat complet. Și totuși treptat, tot mai mulți clinicieni cu vederi mai largi au ajuns să recunoască faptul că până și în cazul acelor tulburări cu cauze fiziologice bine cunoscute, cum sunt diabetul și hipertensiunea idiopatică, ceea ce se cunoaște de fapt sunt doar ultimele verigi ale lanțului cauzal, în timp ce factorii etiologici primari rămân încă o necunoscută. În aceste cazuri, ca și în alte maladii cronice, observațiile adunate par să aducă în prim-plan factorii „centrali”, expresia „central” fiind evident doar un eufemism pentru „psihogen”.

Această situație explică ușor neobișnuita discrepanță dintre atitudinea oficial-teoretică și cea faptică-practică a medicului, în cadrul practicii sale. În lucrările sale științifice, în discursurile sale adresate grupurilor de medici, el va sublinia nevoia unei cunoașteri tot mai detaliate a proceselor fiziologice și patologice subiacente și va refuza să

ia în serios etiologia psihogenă; dar, în practica sa privată, el îl va sfătui fără ezitare pe pacientul suferind de hipertensiune idiopatică să încerce să se relaxeze, să ia viața mai ușor și să evite să se extenuze și va încerca să-și convingă pacientul că atitudinea acestuia hiperactivă, excesiv de ambițioasă față de viață, este cauza reală a tensiunii arteriale ridicate. Această „personalitate duală” a clinicianului modern dezvăluie cel mai bine punctul nevralgic al medicinei contemporane. În cadrul comunității medicale, practicianul își permite să adopte o atitudine „științifică” ce este în esență doar o atitudine dogmatică antipsihologică. Pentru că nu cunoaște prea bine cum acționează acest factor psihogen, pentru că acesta este atât de diferit față de tot ceea ce medicul a învățat pe durata stagiului său medical și pentru că recunoașterea sa aparent ar submina consecvența teoriei fizico-chimice asupra vieții, practicianul aflat în această situație va încerca pe cât posibil să nu ia în considerare factorul psihogen. Cu toate acestea, ca medic, el nu îl poate ignora complet. La confruntarea cu pacienții săi, conștiința sa terapeutică îl forțează să acorde cea mai mare atenție tocmai acestui factor detestat, dar a cărui importanță el o intuiește instinctiv. Va trebui să-l ia în considerare, dar va face acest lucru scuzându-se, prin afirmația că în medicină, vindecarea nu este numai știință, ci totodată și artă. El nu este conștient că ceea ce denumeste artă medicală nu este altceva decât cunoașterea mai profundă, intuitivă — de exemplu, la un nivel nonverbal — pe care a dobândit-o în decursul lungilor ani de experiență clinică. Importanța psihiatriei și în mod special a metodei psihanalitice pentru progresul medicinei rezidă în faptul că îi furnizează acesteia o tehnică eficientă de studiere a factorilor psihologici implicați în boală.

Capitolul 2

Rolul psihiatriei moderne în dezvoltarea medicinei

Psihiatriei, cea mai neglijată și mai puțin dezvoltată specialitate a medicinei, i-a revenit rolul să introducă o nouă abordare sintetică în medicină. În cea mai mare parte a perioadei cercetărilor de laborator din medicină, psihiatria a rămas mai degrabă un domeniu izolat, care avea doar relații limitate cu celelalte specialități. Psihiatria se ocupa de tratarea bolnavului psihic, domeniu în care eficiența metodelor de vindecare convenționale era cea mai redusă. Simptomatologia tulburărilor psihice era supărător de diferită de afecțiunile organice. Psihiatria se ocupa de deliruri, halucinații și tulburările vieții emoționale, simptome care nu puteau fi descrise folosind limbajul curent al medicinei. Inflamația poate fi descrisă în termeni medicali ca edem, creșterea temperaturii și modificări microscopice distincte la nivel celular. Tuberculoza este diagnosticată pe baza unor modificări observabile la nivelul țesuturilor afectate și prin prezența unor microorganisme bine definite. Cu toate acestea, funcționările mentale patologice trebuiau descrise în termeni psihologici, și prin urmare înțelegerea lor etiologică bazată pe termenii medicali uzuali era dificil de aplicat la tulburările mintale. Această diferență a separat psihiatria

de restul medicinei. În efortul de a reduce această prăpastie, unii psihiatri au încercat să explice simptomele psihice presupunând insuficient fundamentată existența unor tulburări ipotetice ale funcțiilor organice, o tendință care într-o oarecare măsură se menține și astăzi.

O încercare mai științifică de depășire a acestui impas a constituit-o efortul de a realiza o descriere psihologică a bolilor psihice, cu mult mai riguroasă și mai sistematică. Dacă psihiatrul nu putea încă să explice simptomele bolnavului psihic folosind metode ale altor discipline medicale, el încerca cel puțin să-și prezinte observațiile într-un mod detaliat și sistematic. Această tendință a caracterizat perioada psihiatriei descriptive sub patronatul unor oameni importanți precum Kahlbaum, Wericke, Babinski și ulterior Kraepelin, care au furnizat psihiatriei moderne primul sistem descriptiv detaliat al entităților psihiatrice, pe care se putea pune bază.

În aceeași perioadă, încercarea de a aplica în psihiatrie principiile localizării bolii, în maniera în care au fost ele descrise de Morgagni și Virchow, era adoptată cu încăpățănare de somitățile medicale ale secolului al XIX-lea. Faptul că creierul este sediul funcțiilor psihologice era cunoscut cel puțin în linii generale încă de pe vremea Greciei antice. O dată cu sporirea cunoștințelor legate de fiziologia și anatomia creierului a fost posibilă localizarea diverselor sisteme perceptive și motorii în diferite zone cerebrale corticale și subcorticale. Acest lucru, corelat cu procedurile histologice avansate, a creat speranța că înțelegerea funcționării mentale și a bolilor psihice s-ar putea realiza pe baza înțelegerii structurii celulare complexe a creierului (studierea arhitecturii celulare a acestuia). Studiile lui Cajal, Golgi, Nissl, Alzheimer, Apathy, von Lenhossek și mulți alții, care au furnizat date foarte precise

și detaliate referitoare la structura histologică a creierului, sunt ilustrative în acest sens. Aceste studii aveau o natură preponderent descriptivă, dar rolul funcțional al structurilor anatomice și în particular cel al centrilor nervoși superiori rămăseseră relativ necunoscute.

În nici un alt domeniu al medicinei nu exista o dihotomie atât de pronunțată între cunoașterea morfologică și cea funcțională ca aceea manifestată în domeniul ce se ocupa de studiul creierului. În ce regiune a creierului au loc procesele cognitive și cele afective și în ce mod memoria, voința și gândirea sunt legate de structura cerebrală — toate acestea au fost aproape complet neexplo-rate și rămân chiar și în prezent doar insuficient înțelese.

Din aceste motive, mulți dintre psihiatrii iluștri ai acelei perioade erau în primul rând anatomiciști ai creierului și doar secundar clinicieni. Activitatea lor științifică și medicală se caracteriza printr-un sentiment de frustrare în legătură cu faptul că nu puteau unifica observațiile lor clinice cu cunoștințele de anatomie și fiziologie ale creierului. Unii au încercat să depășească acest neajuns prin emiterea de speculații referitoare la importanța psihologică a structurii cerebrale, speculații pe care fiziologul german Max Verworn le-a numit „mitologia creierului”. Dihotomia dintre cunoașterea morfologică și fiziologică a creierului este elocvent ilustrată de remarca unui fiziolog, care, după ce a ascultat o prezentare elaborată a unei lucrări de histologie a lui Karl Schäffer, renumitul anatomist și psihiatru, a spus: „Voi, anatomiciștii creierului, îmi amintiți de poștașul care cunoaște numele și adresele oamenilor, dar nu are nici cea mai vagă idee cu ce se ocupă aceștia”.

La pragul dintre secole, această prăpastie dintre cunoașterea anatomică și cea funcțională era definitorie

pentru psihiatrie. La un pol se afla știința avansată a neuroanatomiei și patologiei, iar la celălalt se situa descrierea pertinentă a bolii psihice — fiecare izolată față de cealaltă. Cu toate acestea, situația era diferită, cel puțin cu privire la înțelegerea pur „organică” a sistemului nervos. Neurologia, ramură înrudită cu psihiatria, a fost cea care a reușit să unifice cunoștințele de anatomie cu cele referitoare la funcționarea organică. Localizarea coordonării mișcărilor voluntare și reflexe fusese elaborată cu grijă. Tulburările mișcărilor puternic coordonate, ca de exemplu vorbirea, apucatul și mersul, au putut fi adesea corelate fie cu afectarea acelor părți din sistemul nervos în care se realizează coordonarea acestor inervații, fie cu deteriorarea legăturilor nervoase periferice între părțile centrale ale sistemului nervos cu rol de coordonare și organele afectate ale motilității. În acest mod, neurologia a aplicat principiul lui Morgagni și Virchow, devenind o ramură medicală precisă și respectabilă, în timp ce psihiatria a rămas un teritoriu obscur.

În același timp, viziunea cercetătorului în neuroanatomie de a realiza o legătură între creier și minte, între psihiatrie și anatomia și fiziologia creierului a rămas o utopie și continuă să fie la fel și astăzi.

Principiul lui Virchow nu s-a dovedit la fel de eficient în domeniul bolilor psihice pe cât a fost în alte domenii ale medicinei. Tulburările de personalitate cel mai des întâlnite — schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă —, care au fost descrise de Kahlbaum, Kraepelin, Bleuler și alți clinicieni de renume, nu au putut fi identificate cu ajutorul microscopului. Studiile histologice detaliate ale creierului unor pacienți psihotici decedați nu au arătat nici o modificare microscopică semnificativă. Drept urmare, practicianul medicinei era pus în fața unei necunoscute. De ce creierul unui pacient al cărui comportament extern și ale

cărui reacții emoționale difereau într-o măsură așa de mare față de cele ale unei persoane normale nu prezenta nici o modificare histologică semnificativă, chiar și în condițiile celei mai precise examinări? Aceeași întrebare s-a ridicat cu privire la multe alte boli psihiatrice, ca de exemplu psihonevrozele și tulburările de comportament. Prima rază de speranță cu privire la corelarea cunoștințelor legate de structura creierului cu cele despre tulburările psihice a apărut atunci când s-a descoperit că paralizia generală, mult timp suspectată a fi cauzată de sifilis, se putea explica pe baza deteriorărilor tisulare de la nivelul sistemului nervos central. Când, într-un final, Noguchi și Moore au dovedit fără nici un dubiu că la originea paraliziei generale se află sifilisul, a apărut din nou speranța că psihiatria va intra în sfârșit în rândul celorlalte discipline medicale. Deși se știa de mulți ani despre existența unor modificări structurale ale țesuturilor din creier corelate cu demența senilă și cu boala Alzheimer, descoperirea de către Noguchi a prezenței microorganismului *Treponema pallidum* în creierul bolnavului de paralizie generală a deschis calea unei terapii de orientare etiologică.

Etiologia prezintă un model clasic general acceptat: sindromul bolii se datorează unei funcționări defectuoase a unui organ, care la rândul ei este rezultatul unei afecțiuni a structurilor celulare care pot fi identificate microscopic. Aceasta este pusă pe seama unor cauze variate, cea mai importantă fiind infecția — de exemplu invadarea unui organ de către microorganisme —, așa cum se întâmplă în tuberculoză, sau acțiunea unor agenți chimici, ca în cazul otrăvirii, ori este rezultatul unui traumatism mecanic, cum se întâmplă în fracturi și contuzii. Pe lângă acestea, îmbătrânirea — deteriorarea continuă a tuturor organismelor vii — a fost, de asemenea, recunoscută ca un important factor cauzal al bolii.

La începutul secolului, aceste concepții etiologice prevalau și în psihiatrie. Comoțiile cerebrale și hemoragiile care provocau presiune intracraniană erau exemple de tulburare a funcționării psihice ca urmare a unor cauze mecanice; alcoolismul și alte psihoze cu cauze toxice exemplificau etiologia chimică; iar demența senilă ca stare distinctă cauzată de o degenerare progresivă a țesutului cerebral era rezultatul îmbătrânirii. Într-un final, când în 1913 Noguchi anunța descoperirea sa, îmbolnăvirea sistemului nervos din cauza sifilisului, mai precis paralizia generală caracterizată prin schimbări profunde la nivelul personalității, a putut servi ca pandant al invaziilor bacteriene ale altor organe, ca de exemplu tuberculoza plămânilor.

Acum psihiatrul își putea ridica fruntea; el putea în sfârșit să-și abordeze pacientul folosind metodele de laborator în vederea diagnozei și a tratamentului. Înainte de chimioterapia în tratarea afecțiunilor postsifilitice aplicată de către Ehrlich, rolul psihiatrului se reducea preponderent la îngrijirea generală și, cel mult, la o observare atentă a pacientului. Orice formă de tratament existentă era fie bazată pe magie, ca în exorcizarea spiritelor malefice în perioada preștiințifică, fie era complet ineficientă, ca de pildă electroterapia (terapia prin șocuri electrice) și hidroterapia, atât de populare la sfârșitul secolului trecut și începutul celui prezent. Descoperirea salvarsanului de către Ehrlich a contribuit semnificativ la prestigiul psihiatriei. Ca formă reală de tratament, având la bază o legătură cauzală, psihiatria îndeplinea acum toate cerințele filosofiei medicale moderne. Urmărea eliminarea cauzei specifice ce determinase boala, microorganismul patogen. A urmat metoda administrării unei substanțe chimice puternice, creată cu scopul de a elimina agentul patogen, dar fără să afecteze restul orga-

nismului. Sub influența acestei descoperiri au crescut considerabil speranțele că în scurt timp psihiatria în ansamblul său va adera la metodele folosite în celelalte domenii ale cercetării medicale și tratamentului. (Rezultatele curative în paralizia generală obținute prin folosirea chimioterapiei s-au dovedit a fi mai puțin satisfăcătoare decât se aștepta la început. Această terapie a fost ulterior înlocuită cu tratarea stării febrile considerată ca fiind mai eficientă, iar și mai târziu cu utilizarea penicilinei.)

Au mai fost și alte descoperiri notabile care au contribuit la conturarea unei perspective încurajatoare. Explicarea simptomelor retardului mintal din mixedem ca fiind rezultatul unei funcționări reduse a glandei tiroide și tratamentul remarcabil găsit de Horsley prin transplantul tiroidei (ulterior înlocuit de administrarea orală de extract tiroidian) constituie un alt exemplu clasic de tratament cauzal organic aplicat unei boli de tip psihiatric.

Și în hipertiroidism simptomele psihice puteau fi tratate folosind metode chimice și chirurgicale. Aceste două afecțiuni au arătat fără nici un dubiu că glandele endocrine au o influență specifică asupra proceselor mentale. Din acest motiv nu era nerezonabil să existe speranța că, datorită progresului biochimiei și, în particular, pe baza cunoașterii detaliate a interacțiunii lor complicate cu glandele endocrine, cauzele fiziologice ale psihozelor și psihonevrozelor vor fi înțelese și vor putea fi tratate eficient.

Abstracție făcând de existența grupului semnificativ al tulburărilor schizofrenice, în care profunda dezintegrare a personalității nu este însoțită de nici o modificare organică vizibilă, și a unui grup chiar mai extins de psihonevroze, psihiatria ar fi putut deveni în a doua decadă a secolului nostru un domeniu al medicinei, așa cum este medicina internă, fundamentată pe anatomia patologică

și pe fiziologie și folosind metode tradiționale de tratament. Oricum, așa cum vom vedea, dezvoltarea psihiatriei a urmat un traseu diferit. Ea nu s-a convertit la un punct de vedere exclusiv organic. Mai degrabă medicina generală a început să adere la o orientare care își avea originea în psihiatrie. Aceasta este denumită punctul de vedere psihosomatic și a inaugurat o nouă eră în medicină: era psihosomatică. Cum s-a întâmplat acest lucru are o importanță specială pentru înțelegerea tendinței actuale în dezvoltarea medicinei.

Capitolul 3

Influența psihanalizei asupra dezvoltării medicinei

În ciuda succeselor izolate, ca de exemplu explicarea și tratarea paraliziei generale și a mixedemului folosind metodele tradiționale din medicină, majoritatea bolilor psihice, psihoza schizofrenică și psihonevrozele au rezistat cu îndârjire tuturor eforturilor de a le putea introduce în cadrul teoretic convențional. Atât tulburările profunde ale personalității, cât și tulburările emoționale mai puțin grave au ajuns să fie considerate ca boli „funcționale”, ca opuse paraliziei generale sau demenței senile care sunt denumite „organice”, din pricina existenței unor modificări structurale la nivelul țesuturilor cerebrale. Oricum, această distincție terminologică nu a schimbat în nici un fel realitatea stânjenitoare a faptului că dezintegrarea funcțiilor psihice din schizofrenie nu reușise să fie tratată prin nici un tip de terapie, ca de pildă metodele farmacologice sau chirurgicale, și în același timp nu i s-a putut găsi nici o explicație pe baza modelelor tradiționale. Cu toate acestea, progresul rapid în utilizarea metodelor de laborator în celelalte domenii medicale era atât de promițător, încât speranța unei înțelegeri finale a tuturor tulburărilor de tip psihiatric pe o bază anatomică, fiziologică și biochimică nu a fost abandonată.

În toate centrele de cercetare medicală, încercările din domeniul histopatologiei, bacteriologiei și al biochimiei de a rezolva problema schizofreniei și a altor tulburări mintale funcționale continuau fără încetare, la fel de intens, către ultimul deceniu al secolului trecut, când o metodă complet nouă de investigare și de terapie a fost inițiată de către Sigmund Freud. Se obișnuiește să se atribuie originea psihanalizei școlii franceze cercetărilor asupra hipnozei făcute de Charcot, Bernheim și Liébault. În scrierile sale autobiografice, Freud pune originea ideilor sale pe seama influențelor din timpul studiilor sale la Sâlpetrière cu Charcot și ulterior în Nancy cu Bernheim și Liébault. Din punct de vedere biografic, aceasta este fără îndoială o descriere corectă. Din punctul de vedere al istoriei gândirii științifice, începutul abordării psihodinamice a bolii psihice trebuie atribuit lui Freud însuși.

Așa cum Galileo a fost primul care a aplicat raționamentul științific fenomenelor mișcării terestre, la fel și Freud a fost primul care l-a aplicat la studiul personalității umane. Cercetarea personalității sau psihologia motivațională ca știință începe cu Freud. El a fost primul care a adoptat postulatul determinismului strict al proceselor psihologice și a pus bazele principiului dinamic fundamental al cauzalității psihologice. După ce a descoperit că o mare parte din comportamentul uman este determinat de motivații inconștiente și după ce a dezvoltat o tehnică prin care motivațiile inconștiente să poată fi conștientizate, Freud a putut demonstra pentru prima dată originea proceselor patologice. Cu ajutorul acestei noi abordări, fenomenele bizare ale simptomelor psihotice și neurotice, precum și visele aparent lipsite de sens au putut fi înțelese ca produse psihice semnificative. De-a lungul timpului, anumite detalii ale ideilor sale inițiale au suferit modificări, dar majoritatea conceptelor funda-

mentale au fost validate de observațiile ulterioare. Aspectele care vor dăinui din contribuția lui Freud sunt metoda de observare a comportamentului uman și modul de raționare pe care îl folosea pentru înțelegerea psihologică a acestuia.

Privită din perspectivă istorică, dezvoltarea psihanalizei poate fi considerată ca unul dintre primele indicii ale unei reacții împotriva progresului analitic unilateral al medicinei din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, împotriva interesului specializat în mecanisme detaliate, împotriva neglijării faptului biologic fundamental că organismul constituie un tot unitar și funcționarea părților sale poate fi înțeleasă doar din perspectivă sistemică. Aplicarea studiului de laborator la organismul viu dezvăluise o extraordinară colecție de detalii mai mult sau mai puțin disparate și aceasta a dus inevitabil la o pierdere a perspectivei. Înțelegerea organismului ca unul dintre cele mai ingenioase mecanisme în care toate părțile cooperează pentru scopuri bine definite fusese fie ignorată, fie declarată ca nefiresc de teleologică. Se pretindea că organismul se dezvoltă datorită anumitor cauze naturale, dar nu și cu un scop precis. O mașinărie creată de om desigur că putea fi înțeleasă teleologic; mintea umană a creat-o pentru un scop bine definit. Dar omul nu a fost creat de o inteligență supremă — aceasta era doar ideea mitologică de care biologia modernă s-a distanțat, insistând că ar trebui să înțelegem corpul animal nu pe o bază teleologică, ci pe una cauzală și mecanicistă.

Oricum, de îndată ce medicina, vrând-nevrând, și-a îndreptat atenția către problema minții bolnave, această atitudine dogmatică — cel puțin în acest domeniu — a trebuit să fie abandonată. În studiul personalității, faptul că organismul este o unitate inteligibil coordonată

este atât de evident încât nu poate fi trecut cu vederea. William White a exprimat acest lucru în termeni simpli¹:

Răspunsul la întrebarea: Care este funcția stomacului? este digestia, care reprezintă doar o mică parte din activitatea organismului în ansamblul său și este doar într-un mod indirect, cu toate că fără îndoială important, legată de numeroase alte funcții ale acestuia. Dar dacă încercăm să răspundem la întrebarea: „Ce face omul?“, vom replica referindu-ne la ansamblul organismului prin a spune, de exemplu, că el merge pe stradă sau aleargă la o cursă ori merge la teatru, studiază medicina sau alte lucruri similare... Dacă mintea este expresia unei reacții totale diferite de o reacție parțială, atunci orice organism viu trebuie creditat cu tipuri mentale, adică totale de reacție. Ceea ce noi numim minte în toată complexitatea sa actuală infinită este punctul culminant al unui tip de reacție a organismului viu care este la fel de vechi din punct de vedere istoric ca și tipurile de reacție corporale cu care suntem mult mai familiarizați...

Din acest motiv, personalitatea poate fi definită ca expresie a unității organismului. Așa cum o mașinărie poate fi înțeleasă doar după funcționarea și scopul său, la fel înțelegerea unității sintetice pe care o numim corp poate să fie complet înțeleasă doar din perspectiva personalității, ale cărei nevoi sunt deservite, în ultimă instanță, de toate părțile corpului aflate într-un raport de coordonare inteligibilă.

Psihiatria ca studiu al personalității bolnave urma să devină, așadar, calea pentru a introduce punctul de vedere sintetic în medicină. Dar psihiatria nu a putut în-

¹ William White: *The Meaning of Disease*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1926.

deplini această funcție decât după ce a descoperit studiul personalității ca axa sa principală, iar acesta a fost meritul lui Sigmund Freud. Psihanaliza constă în studiul precis și detaliat al dezvoltării și funcționării personalității. În ciuda faptului că termenul „psihanaliză” conține cuvântul „analiză”, semnificația sa istorică nu rezidă în punctul său de vedere analitic, ci în cel sintetic.

Capitolul 4

Contribuțiile psihologiei formei (gestaltismului), neurologiei și endocrinologiei

Oricum, psihanaliza nu era singura mișcare științifică ce se îndrepta către sinteză. Această tendință era vizibilă la pragul dintre secole în toate domeniile științei. În decursul secolului al XIX-lea, dezvoltarea metodelor științifice avusese ca rezultat colectarea de date; descoperirea unor noi fapte științifice devenise obiectivul cel mai important. Cu toate acestea, interpretarea și corelarea acestor fapte sub formă de concepte sintetice fuseseră privite cu suspiciune, ca speculație sau filosofie nefundamentată în opoziție cu știința. Ca o reacție la această orientare analitică excesivă a apărut o puternică nevoie de sinteză ca tendință generală pentru ultima decadă a secolului.

Această nouă tendință spre sinteză s-a răspândit în cadrul psihologiei ne-medicale. Și aici, la fel ca și în celelalte domenii, abordarea analitică reprezentase tradiția secolului al XIX-lea. După introducerea în psihologie a metodei experimentale de către Fechner și Weber, au apărut laboratoarele psihologice în care mintea umană era disecată în părțile sale componente. În cadrul acestor laboratoare s-a dezvoltat o psihologie a simțurilor vizual,

auditiv, tactil, a memoriei, a voinței. Dar psihologul experimental nici măcar nu a încercat vreodată să înțeleagă interrelațiile dintre toate aceste facultăți mintale distincte și modul în care sunt ele integrate în ceea ce numim personalitatea umană. Psihologia gestaltului a lui Köhler, Wertheimer și Koffka poate fi considerată ca o reacție împotriva acestei orientări excesiv de analitice. Probabil că cea mai importantă realizare a acestor psihologi gestaltiști o constituie formularea clară a tezei că întregul nu este suma totală a părților sale componente, ci este ceva diferit de ele, și că prin studierea doar a părților individuale întregul sistem nu poate fi niciodată înțeles; că de fapt, adevărul este chiar invers — părțile pot fi înțelese în întregime doar după ce a fost descoperită semnificația întregului.

O dezvoltare similară a avut loc și în medicină. Progresele din domeniul neurologiei pavaseră calea pentru o înțelegere mai cuprinzătoare a relației dintre diferitele părți ale corpului. A devenit evident că toate aceste părți sunt conectate direct sau indirect la un sistem central cu rol de coordonare și funcționează sub controlul acestui organ central. Atât musculatura voluntară, cât și organele vegetative, cele din urmă pe calea sistemului nervos autonom (vegetativ), sunt influențate de către centrii superiori (cei mai înalt specializați) ai sistemului nervos. Unitatea organismului este clar exprimată prin funcțiile sistemului nervos central, care reglează atât procesele interne vegetative ale organismului, cât și legăturile acestuia cu exteriorul, relațiile sale cu mediul. Această coordonare centralizată este realizată de către centrii cei mai specializați ai sistemului nervos, ale căror aspecte psihologice la om sunt denumite personalitate. De fapt, acum este evident că studiile fiziologice asupra centrilor nervoși superiori ai sistemului nervos central și studiile

psihologice ale personalității au ca obiect aspecte diferite ale unuia și aceluiași lucru. În timp ce fiziologia abordează funcțiile sistemului nervos central în raport de spațiu și timp, psihologia le abordează prin prisma fenomenelor subiective variate care constituie *reflectările subiective ale proceselor fiziologice*.

Un alt stimul pentru adoptarea punctului de vedere sintetic a fost dat de descoperirea glandelor cu secreție internă, ca pas înainte în înțelegerea interrelațiilor extrem de complicate dintre diferitele funcții vegetative ale organismului. Sistemul glandelor endocrine poate fi considerat un sistem regulator analog cu sistemul nervos. În timp ce influența coordonatoare a sistemului nervos central se exprimă prin conducerea impulsurilor nervoase reglatoare de-a lungul căilor nervoase periferice către diferitele zone ale corpului, reglarea chimică de către glandele cu secreție internă are loc prin transportul de către fluxul sangvin al unor substanțe chimice specifice.

În prezent se cunoaște faptul că rata metabolismului este în principal reglată de secreția glandei tiroide, că metabolismul carbohidraților este reglat de influențele opuse datorate secreției interne a pancreasului, pe de o parte, și de hormonii glandei pituitare anterioare și cei ai glandelor suprarenale, pe de altă parte, și că glanda principală care coordonează secreția glandelor endocrine periferice este pituitara anterioară.

În ultima vreme apar tot mai multe dovezi care să indice că cele mai multe funcții ale glandelor cu secreție internă se află probabil în ultimă instanță sub influența funcționării centrilor înalt specializați ai creierului, adică a vieții psihice.

Aceste descoperiri fiziologice ne-au furnizat o cunoaștere cu privire la mecanismul prin care mintea guver-

nează corpul și prin care, la rândul lor, funcțiile corporale periferice influențează funcțiile centrale ale sistemului nervos. Faptul că mintea guvernează corpul este, în ciuda neglijării sale de către biologie și medicină, adevărul profund esențial pe care îl cunoaștem despre procesul vieții. Această realitate este observată continuu în decursul întregii noastre vieți, din momentul în care ne trezim în fiecare dimineață. Întreaga noastră viață constă în executarea mișcărilor voluntare destinate realizării ideilor și dorințelor, satisfacerii senzațiilor subiective cum ar fi cele de sete și foame. Corpul, această mașinărie complicată, îndeplinește cele mai complexe și precise activități motorii sub influența unor fenomene psihologice ca ideile și dorințele. Funcția organică cea mai specific umană dintre toate, vorbirea, nu este altceva decât expresia ideilor printr-un instrument muzical sofisticat, aparatul vocal. Toate emoțiile noastre le exprimăm prin procese fiziologice: supărarea prin plâns; veselia prin râs; rușinea prin înroșirea obrazilor. Toate emoțiile sunt însoțite de modificări fiziologice: frica, de palpitații cardiace; mânia, de accelerarea activității inimii, ridicarea tensiunii arteriale și modificări în metabolismul carbohidraților; disperarea este însoțită de o inspirație și expirație adâncă, numită oftat. Toate aceste fenomene fiziologice sunt rezultatele unor interacțiuni musculare complexe sub influența impulsurilor nervoase, transportate la mușchii de expresie faciali și la nivelul diafragmei sub formă de râs, la glandele lacrimale sub formă de plâns, la nivelul inimii sub formă de frică și la glandele suprarenale și sistemul vascular sub formă de furie. Impulsurile nervoase se produc în anumite situații emoționale, care la rândul lor își au originea în interacțiunile noastre cu semenii. Situațiile psihologice inițiale pot fi înțelese doar în termeni psihologici — ca răspunsuri totale ale organismului la mediul său.

Isteria de conversie, nevroza vegetativă și tulburarea organică psihogenă

Aplicarea acestor considerente la anumite procese patologice ale organismului a condus treptat la o nouă orientare în medicină, „medicina psihosomatică“.

Punctul de vedere psihosomatic presupunea o nouă abordare a studiului modului de producere a bolilor. Așa cum am menționat anterior, faptul că emoțiile puternice au o influență asupra funcțiilor organice face parte din experiența cotidiană. Corespunzător fiecărei situații emoționale, există un sindrom specific de modificări fizice, reacții psihosomatice, ca de exemplu râsul, lăcrimarea, înroșirea, modificări ale pulsului respirației etc. Dar cum aceste procese psihomotorii fac parte din viața noastră zilnică și nu au efecte adverse, până de curând medicina a acordat puțină importanță investigațiilor lor¹.

Aceste modificări organice ca reacții la emoții puternice au o natură trecătoare. Când emoția încetează, procesul fiziologic corespunzător, lăcrimarea sau râsul, palpațiile sau creșterea tensiunii arteriale, dispare și el și corpul revine la starea sa de echilibru.

¹ Una dintre excepțiile notabile este Darwin (59).

Studiul psihanalitic al pacienților nevrotici a arătat pe de altă parte că, sub influența unor tulburări emoționale prelungite, pot să apară tulburări cronice ale organismului. Astfel de tulburări cronice sub influența emoțiilor au fost pentru prima dată observate la pacienții isterici. Freud a introdus conceptul de „isterie de conversie”, în care simptomele fizice se dezvoltă ca răspuns la conflicte emoționale cronice. Aceste modificări au fost observate la nivelul mușchilor controlați voluntar și în percepțiile senzoriale. Una dintre cele mai importante descoperiri ale lui Freud a fost că, atunci când o emoție nu poate fi exprimată și descărcată pe căile normale, prin activitatea voluntară, ea poate deveni sursa tulburărilor psihice și fizice cronice. Ori de câte ori emoțiile sunt refulate din cauza unor conflicte psihice — cu alte cuvinte excluse din conștiință și prin urmare li se refuză descărcarea adecvată —, ele devin sursa tensiunii cronice care constituie cauza simptomelor isterice.

Din punct de vedere fiziologic, simptomul conversiei isterice este similar ca natură oricărei inervații voluntare obișnuite, mișcări de expresie sau percepții senzoriale. Cu toate acestea, în isterie pulsivitatea psihologică motivațională este de natură inconștientă. Atacând pe cineva sau mergând într-un anumit loc, brațele și picioarele noastre sunt puse în mișcare sub influența motivațiilor conștiente și a scopurilor. Așa-numitele mișcări expresive, ca de exemplu râsul, lăcrimarea, grimasele, gesticularea se bazează pe procese fiziologice similare. Însă, în cazul celui din urmă exemplu, inervațiile nu au loc sub influența scopurilor conștiente, ci a stimulului produs de o tensiune emoțională care este descărcată într-un pattern fiziologic complex. Într-un simptom de conversie ca paralizia isterică sau contracția, „pasul de la psihic la somatic” nu diferă de cel produs în orice inervație moto-

rie, ca de exemplu mișcările voluntare, râsul sau lăcrimarea. În afara faptului că acel conținut psihologic motivațional este inconștient, singura diferență este că simptomele conversiei isterice sunt în mare măsură individuale, uneori creații unice ale pacientului, inventate de acesta cu scopul exprimării conținutului său psihologic specific care a fost refutat. Spre deosebire de acestea, mișcările de expresie ca râsul sunt standardizate și universale (Darwin — 59).

Un grup total diferit de tulburări organice psihogene este cel care implică organele vegetative interne. Primii autori psihanaliști au încercat în repetate rânduri să extindă conceptul original de conversie isterică la toate formele de tulburări organice psihogene, incluzându-le pe cele care apar la organele interne. Conform unor astfel de opinii, o creștere a tensiunii arteriale sau o hemoragie gastrică are o semnificație simbolică la fel ca orice alt simptom de conversie. Nu s-a ținut seamă de faptul că organele vegetative sunt controlate de sistemul nervos autonom care nu se află în legătură directă cu procesele gândirii. Expresia simbolică a conținutului psihologic este cunoscută doar în sfera inervațiilor voluntare cum este vorbirea sau în mișcările de expresie, ca de pildă grimasele, gesticularea, râsul, lăcrimarea etc. Este posibil ca și înroșirea să fie inclusă în acest grup. Dar este foarte puțin probabil ca organele interne, ca ficatul sau arteriolele mici ale rinichilor, să poată exprima simbolic idei. Aceasta nu înseamnă că ele nu pot fi influențate de tensiunile emoționale, care pot ajunge la oricare dintre părțile corpului pe căile cortico-talamice și autonome. Se știe sigur că influențele emoționale pot stimula sau inhiba funcționarea oricărui organ. După ce tensiunea emoțională se diminuează, funcțiile corpului revin la echilibrul normal. Când o astfel de stimulare sau inhibi-

ție emoțională a unei funcții vegetative devine cronică și excesivă, vorbim de o „nevroză de organ”. Acest termen include așa-numitele tulburări „funcționale” ale organelor vegetative, care sunt cel puțin în parte cauzate de impulsuri nervoase ale căror ultime origini le constituie de fapt procesele emoționale care au loc undeva în ariile corticale și subcorticale ale creierului.

Conceptul de tulburări funcționale a provenit inițial nu de la psihiatri, ci de la specialiștii din domeniul medicinei interne. La început, tulburările nevrotice (sau funcționale) ale stomacului, intestinelor și ale sistemului cardiovascular au devenit cunoscute sub denumirea de nevroze gastrice, intestinale sau cardiace. Termenul „tulburare funcțională” se referă la faptul că în astfel de cazuri nici măcar cel mai detaliat studiu al țesuturilor nu dezvăluie vreo modificare morfologică detectabilă. Structura anatomică a organului nu este modificată; doar coordonarea și intensitatea funcțiilor sale sunt perturbate. Astfel de tulburări sunt mai ușor reversibile și sunt considerate mai puțin grave decât bolile în care țesuturile prezintă schimbări morfologice clare, care desemnează în mod frecvent deteriorări ireversibile.

Acum putem defini diferența dintre simptomul de conversie și nevroza vegetativă. Un simptom de conversie este o expresie *simbolică* a unui conflict psihologic cu încărcătură emoțională: este o încercare de a descărca tensiunea emoțională. Are loc la nivelul sistemului neuromuscular voluntar sau al celui senzorio-perceptor, a căror funcție de bază este să exprime și să descarce tensiunile emoționale. O nevroză vegetativă nu reprezintă o încercare de a exprima o emoție, ci este reacția fiziologică a organelor vegetative la revenirea constantă sau periodică a stărilor emoționale. De exemplu, creșterea tensiunii arteriale sub efectul furiei violente nu descarcă

furia, ci este o componentă fiziologică a fenomenului total al furiei. Așa cum vom arăta în continuare, ea constituie o adaptare fizică la starea organismului atunci când se pregătește să înfrunte un pericol. În mod similar, secreția gastrică sporită sub influența dorinței emoționale de hrană nu constituie o expresie sau o descărcare a acestor emoții; este pregătirea adaptativă a stomacului în vederea ingerării hranei.

Singura asemănare dintre simptomele conversiei isterice și reacțiile vegetative la emoții rezidă în faptul că ambele sunt reacții la stimuli psihologici. Cu toate acestea, ele sunt fundamental diferite în psihodinamica și fiziologia lor.

O dată cu recunoașterea faptului că în tulburările funcționale factorii emoționali au o semnificație cauzală, psihoterapia și-a câștigat accesul legitim în medicina propriu-zisă și nu mai putea fi limitată exclusiv la domeniul psihiatriei. Conflictele emoționale cronice ale pacientului, ca verigă cauzală primară a tulburării, trebuiau să fie rezolvate prin tratament psihologic. Din moment ce aceste conflicte emoționale iau naștere în cadrul relațiilor pacientului cu alte ființe umane, personalitatea acestuia a devenit obiectul terapiei. O dată cu această accentuare nouă, influența emoțională a medicului asupra pacientului — arta medicală — și-a găsit locul în medicina științifică. Ea nu a mai putut fi considerată în continuare ca un fenomen însoțitor terapiei, o ultimă tușă artistică datorată aptitudinii terapeutice. În cazurile nevrozelor de organ, influența emoțională a medicului asupra pacientului s-a dovedit a fi principalul factor terapeutic.

Totuși, în această etapă a dezvoltării rolul terapiei a rămas limitat la cazurile funcționale considerate în ge-

neral ca tulburări mai ușoare, diferite de adevăratele boli organice bazate pe modificări demonstrabile ale țesuturilor. Și în astfel de boli organice, starea emoțională a pacientului fusese de mult recunoscută ca o problemă importantă; cu toate acestea, o conexiune cauzală reală între factorii psihici și adevăratele tulburări organice nu fusese general presupusă.

Și totuși, treptat a devenit tot mai evident faptul că natura nu cunoaște astfel de delimitări stricte ca aceea dintre „funcțional” versus „organic”. Clinicienii au început să bănuiască faptul că tulburările funcționale de lungă durată pot duce treptat la boli organice grave asociate cu schimbări morfologice. Câteva situații de acest gen fuseseră cunoscute de mult timp — de exemplu, faptul că hiperactivitatea inimii poate duce la hipertrofierea mușchilor cardiaci sau că paralizia isterică a unui membru poate determina anumite modificări degenerative la nivelul mușchilor și articulațiilor din cauza inactivității. Trebuia din acest motiv să ținem cont de posibilitatea ca o tulburare funcțională de lungă durată la nivelul oricărui organ să ducă în final la schimbări anatomice clare și la tabloul clinic al bolii organice severe. Studiile psihologice și fiziologice aprofundate ale cazurilor de ulcer gastric au adus dovezi relevante în favoarea ideii că conflictele emoționale de lungă durată pot conduce într-o primă fază la nevroză stomacală care în timp poate produce ulcer. Există, de asemenea, indicii că aceste conflicte emoționale pot cauza fluctuații continue ale tensiunii arteriale care cu timpul suprasolicită sistemul vascular. Această fază funcțională a tensiunii arteriale fluctuante poate provoca în timp modificări vasculare organice și în final poate să determine o formă nocivă ireversibilă de hipertensiune.

Aceste observații au fost cristalizate în conceptul de „tulburare organică psihogenă”. Tulburările, conform

acestei teorii, se dezvoltă în două faze: întâi, tulburarea funcțională a unui organ vegetativ este cauzată de o tulburare emoțională cronică; iar în a doua etapă, tulburarea emoțională cronică funcțională duce treptat la modificări ale țesuturilor și la o boală organică ireversibilă.

Progresul în gândirea etiologică

În trecut, orice funcție perturbată era explicată ca *rezultat* al unei structuri afectate. În prezent a fost stabilită o altă secvență cauzală: funcția perturbată drept *cauză* a modificării structurii. Deși această viziune etiologică nu este în întregime una nouă, mulți clinicieni formați în tradiția respectării principiului lui Virchow și aflați încă sub influența covârșitoare a descoperirilor etiologice ale bacteriologiei simpliste și validate experimental sunt reticenți în a o accepta fără rezerve. Atunci când o tulburare funcțională este descrisă ca rezultând dintr-un conflict emoțional, această idee este de obicei acceptată cu oarecare îndoială de către clinicianul tradițional și acesta își exprimă speranța că studiile histologice viitoare, mai precise, vor dezvălui în cele din urmă modificări tisulare responsabile de producerea bolii. El este înclinat să revină la concepția clasică conform căreia funcția perturbată este rezultatul și nu cauza unui substrat morfolologic modificat.

Un exemplu ilustrativ este cazul lui von Bergmann (30), care deși încă în 1913 susținea că ulcerul peptic era probabil rezultatul unei nevroze gastrice cronice, cauzată de factori emoționali, 14 ani mai târziu a considerat necesar să-și revizuiască părerile și să revină la o atitudine mai conservatoare, recomandând mare precauție cu pri-

vire la diagnosticarea unei „nevroze de organ”. El și-a exprimat convingerea că, în cele mai multe cazuri de acest gen, cercetările viitoare vor releva cauze organice (31).

Mult timp, crezul științific în medicină a fost că studiile histologice viitoare vor demonstra o bază anatomică pentru toate așa-numitele tulburări funcționale. În prezent credem că, în multe dintre cazuri, o cercetare amănunțită a istoricului pacientului ar putea dezvălui originile tulburărilor funcționale timpurii înainte ca acestea să producă modificări organice detectabile histologic. Rezistența la această idee se bazează pe dogma eronată că funcția perturbată este *întotdeauna* rezultatul unei structuri afectate și al unei neglijări a secvenței cauzale inverse.

În prezent este dificil să precizăm care boli organice urmează acest din urmă pattern etiologic. Cel mai probabil este că multe dintre acestea fac parte din capitolul extins care s-ar putea numi „Boli cronice cu origine necunoscută”. În multe boli endocrine, tulburările emoționale cronice sunt probabil factori etiologici importanți. Acest lucru este clar evidențiat în cazurile de gușă tiroidiană toxică, a cărei apariție poate fi adesea legată de o traumă emoțională. Influența dovedită a emoțiilor asupra metabolismului carbohidraților face posibil ca factorii emoționali să joace un rol determinant în producerea diabetului.

Această teorie funcțională asupra bolilor organice este în fond recunoașterea, în afara factorilor cauzativi *externi* acuți, și a cauzelor *interne* cronice ale bolilor. Cu alte cuvinte, multe tulburări cronice nu sunt preponderent cauzate de factori externi, mecanici, chimici sau microorganisme, ci de stresul funcțional continuu ivit pe parcursul existenței cotidiene a individului în lupta sa pentru existență. Acele conflicte emoționale pe care psihanaliza le

consideră ca stând la baza nevrozelor și drept cauză fundamentală a unor boli funcționale și organice specifice apar în viața noastră cotidiană în contactul nostru cu mediul. Teama, agresivitatea, vinovăția, dorințele frustrate, dacă sunt refulate, generează stări de tensiune emoțională cronică permanentă care perturbă funcționarea organelor vegetative. Din cauza restricțiilor impuse de viața în societate, multe emoții nu pot fi exprimate și descărcate liber prin activități voluntare, ci rămân refulate și în final sunt deviate în canale neadecvate. În loc să fie exprimate prin inervații voluntare, ele influențează funcțiile vegetative, ca digestia, respirația și circulația. La fel cum țările învinse în ambițiile lor de politică externă adesea au parte de mișcări sociale interne, tot așa organismul uman poate manifesta o tulburare a stării sale interne, a funcțiilor sale vegetative, atunci când relațiile cu exteriorul sunt perturbate.

Există numeroase dovezi că, așa cum anumite microorganisme patologice au afinități specifice pentru anumite organe, și anumite conflicte emoționale au specificitățile lor și tind în concordanță cu acestea să afecteze anumite organe interne. Furia inhibată se pare că are o relație specifică cu sistemul cardiovascular (Cannon; Fahrenkamp; Hill; K. Menninger; K. Menninger și W. Menninger; Wolfe; Dunbar; Draper; Saul; Alexander; Dunbar — 43, 81, 118, 152, 154, 256, 71, 67, 202, 7, 73); tendințele dependente de căutare a ajutorului par să aibă o relație specifică cu funcțiile nutriției (Ruesch ș.a; Kapp *et al.*; Alexander; Bacon; Levey — 199, 129, 9, 20, 136). La fel, un conflict între dorințele sexuale și tendințele de dependență pare să aibă o influență specifică asupra funcțiilor respiratorii (French, Alexander *et al.* — 89). Sporirea cunoașterii referitoare la relațiile emoțiilor cu funcțiile corporale normale și perturbate îi cere medicului modern să privească existența con-

flictelor emoționale ca fiind la fel de reală și concretă ca și existența microorganismelor detectabile. Principala contribuție adusă de psihanaliză în domeniul medicinei a fost de a oferi, pe lângă microscopul optic, un microscop psihologic — cu alte cuvinte, o tehnică psihologică prin care viața emoțională a pacientului să poată fi supusă unei investigații amănunțite.

Această abordare psihosomatică a problemelor vieții și bolii face sinteza dintre procesele fiziologice interne și relațiile individului cu mediul său social. Ea conferă o bază științifică unor observații empirice cum ar fi, de exemplu, că un pacient prezintă adesea o uimitoare recuperare dacă este înlăturat din mediul familiei lui sau dacă își întrerupe ocupațiile cotidiene, fiind astfel eliberat de acele conflicte emoționale care provin din relațiile familiale sau profesionale. Cunoașterea detaliată a relației dintre viața emoțională și procesele organice extinde rolul îndeplinit de medic: îngrijirea fizică și mentală a pacientului poate fi astfel coordonată într-un tot integral al terapiei medicale. Aceasta este adevărata semnificație a „medicinii psihosomatice”.

Considerații metodologice privind abordarea psihosomatică

Termenul „psihosomatic” a fost intens criticat, îndeosebi pentru că el pare să sugereze o dihotomie între minte și corp. Această dihotomie este exact ceea ce încearcă să evite punctul de vedere psihosomatic. Iar dacă înțelegem fenomenele psihice ca aspecte subiective ale anumitor procese fiziologice (cerebrale), această dihotomie dispare. De altfel, majoritatea termenilor care se referă la un subiect complex sunt ambigui. Ca să dau doar un exemplu, termenul „psychoanalysis”, în prezent recunoscut pe scară largă, conține* din punct de vedere lingvistic un inutil „o” și — ceea ce este și mai important — nu denotă că scopul terapiei psihanalitice este mai degrabă unul sintetic decât analitic, și anume de a spori capacitățile integrative ale Eului. Într-un domeniu atât de complex cum este cel în discuție, orice expresie am alege, ca de exemplu cea de „medicină dinamică” sau de „abordare holistă”, aceasta trebuie definită. Conceptele care astăzi sunt asociate cu termenul „psihosomatic” au pătruns în gândirea medicală și în literatura de specialitate. Expresia ar trebui păstrată, dar ar trebui definită

* În engleză, precum și în germană (Psychoanalyse). (N. red.)

concret și fără ambiguitate. O dată ce suntem de acord asupra sensului contează mai puțin ce simbol utilizăm.

Termenul „psihosomatic” ar trebui folosit doar pentru a indica o *metodă de abordare*, atât în cercetare, cât și în terapie, mai precis utilizarea simultană și coordonată, pe de o parte, unor metode și concepte somatice — adică fiziologice, anatomice, farmacologice, chirurgicale și de dietă — și a unor metode și concepte psihologice, pe de altă parte. Accentul este pus pe condiția prealabilă de „utilizare coordonată”, care denotă că cele două metode sunt aplicate în cadrul conceptual al secvențelor cauzale. Pentru a explica aceasta, studiul secreției gastrice se poate rezuma la utilizarea metodelor fiziologice prin care este investigat procesul local. El poate să includă și studiul fiziologic al impulsurilor nervoase ce controlează secreția gastrică. Până acum, încă vorbim doar de o cercetare somatică. Studiul psihosomatic al secreției gastrice nu abordează totuși doar o parte a acestui proces complex, ci totalitatea sa și de aceea ia în considerare și stimulii corticali centrali care influențează producerea secreției gastrice, iar aceștia pot fi descriși sau cercetați numai prin metode psihologice. De exemplu, dorințele nostalgice mistuitoare și aceea de a primi ajutor și afecțiune stimulează și ele activitatea gastrică. Ele reprezintă procese cerebrale distincte, cu toate acestea pot fi descrise inteligibil doar în termeni psihologici, întrucât dorințele receptive nu pot fi identificate la momentul actual prin tehnici biochimice, electrice sau de altă natură nonpsihologică. Aceste procese cerebrale sunt percepute subiectiv ca emoții și le pot fi comunicate celorlalți prin limbaj. Drept urmare, ele pot fi studiate psihologic și, ceea ce este mai important, ele pot fi studiate adecvat *doar* prin mijloace psihologice.

În consecință, ar putea să apară întrebarea dacă abordarea psihosomatică ar trebui considerată o metodă de tranziție care va fi abandonată de îndată ce vom putea să studiem prin electroencefalograme mai avansate și alte tehnici fiziologice acele procese cerebrale care în prezent ne sunt accesibile doar prin metode psihologice. În timp ce nu putem răspunde cu certitudine la această întrebare, pare probabil ca procesele cerebrale ce țin de relațiile interpersonale să poată fi descrise adecvat doar în termeni psihologici și sociologici. Chiar și metodele fiziologice avansate vor permite doar studiul proceselor din interiorul organismului. O formulă biochimică ce descrie o dorință receptivă undeva la nivelul cortexului nu va putea niciodată explica circumstanțele interpersonale în care această dorință a apărut sau s-a intensificat și nici nu va indica acele schimbări în relațiile interpersonale prin care intensitatea sa va putea fi redusă și astfel efectul său dăunător asupra activității stomacului va putea fi diminuat.

O altă întrebare controversată o constituie diagnosticul sau clasificarea nosografică „boală psihosomatică” propusă de Halliday (110, 111, 112, 115). Astfel de boli ar include ulcerul peptic, artrita reumatoidă, hipertiroidismul, hipertensiunea esențială și multe altele. Această opinie se bazează pe presupunerea că, în cazul acestor afecțiuni, factorul etiologic semnificativ este cel psihologic. Cu toate acestea, toate dovezile existente indică spre explicații multicauzale în toate ramurile medicinei (Alexander — 12). Nu ne mai putem mulțumi în prezent să spunem că tuberculoza este cauzată de expunerea la bacilul Koch, ci admitem că imunitatea specifică și non-specifică, rezistența organismului la infecții, este un fenomen complex care în parte poate depinde de factorii emoționali. Prin urmare, tuberculoza este o boală psiho-

somatică. Dimpotrivă, doar explicarea psihogenă a unor boli ca ulcerul peptic nu poate fi menținută deoarece constelațiile emoționale specifice pacienților suferind de ulcer pot fi observate la un mare număr de pacienți care nu au această boală. Factorii somatici locali sau generali, chiar dacă încă incomplet definiți, trebuie luați în considerare și doar coexistența ambelor tipuri de factori, emoționali și somatici, poate fi responsabilă de producerea ulcerului. La fel de important este faptul că, în cazuri diferite, importanța relativă a factorilor somatici și emoționali variază în mare măsură. Multicauzalitatea și distribuirea variabilă a factorilor psihologici și nonpsihologici de la un caz la altul invalidează conceptul de „boală psihosomatică” drept un grup specific de diagnostic. Teoretic, orice boală este psihosomatică, din moment ce factorii emoționali influențează toate procesele fizice pe căile nervoase și umorale.

Următorii factori pot fi considerați de importanță etologică în boală:

$D(\text{boala}) = f(\text{funcție a}) \{a. b. c. d. e. g. h. i. j.n\}$

a — constituția ereditară

b — accidente survenite în timpul nașterii

c — boli organice ale copilăriei care cresc vulnerabilitatea anumitor organe

d — tipul de îngrijire acordată în copilăria mică (conduitele de înțărcare, educația sfincteriană, orarele de somn etc.)

e — experiențe întâmplătoare ale unor traumatisme fizice în copilăria mică și medie

g — experiențe întâmplătoare ale unor traumatisme emoționale în copilăria mică și medie

h — climatul emoțional al familiei și trăsăturile de personalitate caracteristice părinților și fraților

i — răni fizice ulterioare

j — experiențe emoționale ulterioare în cadrul relațiilor intime și profesionale.

Acești factori în diferite proporții au semnificație etiologică în toate bolile. Perspectiva psihosomatică a adăugat factorii d, g, h și j la cei deja existenți, cărora li s-a acordat importanță timp îndelungat în medicină. Doar considerarea tuturor acestor categorii de factori și modul cum interacționează ei pot furniza o descriere etiologică completă.

Cu privire la acest aspect ar trebui subliniat, ca postulat metodologic viitor, că investigarea psihosomatică necesită o descriere detaliată și precisă a secvențelor psihologice, în același mod în care necesită o urmărire precisă a proceselor fiziologice corelate. Studiile fiziologice detaliate corelate cu descrieri psihologice ocazionale și vagi nu pot contribui la o înțelegere mai aprofundată a etiologiei. Nu are sens să descriem cu precizie perturbarea activității cardiace, să o explicăm ca fiind cauzată de nervozitate, fără a da o descriere adecvată a conținutului afectiv și ideatic.

Principiile fundamentale ale abordării psihosomatice

1. Psihogeneza

Problema psihogenezei este legată de dihotomia antică dintre psyche și soma. Atât fenomenele psihice, cât și cele somatice care au loc în cadrul aceluiași organism constituie de fapt doar două aspecte ale unuia și aceluiași proces. La nivelul organismului viu anumite procese fiziologice sunt percepute în mod subiectiv ca sentimente, idei și aspirații. Așa cum s-a subliniat anterior, cel mai adecvat mod de abordare a acestor procese fiziologice este utilizarea metodelor psihologice care se ocupă cu comunicarea prin limbaj a proceselor fiziologice percepute subiectiv. Drept urmare, obiectul de investigație al studiilor psihologice nu diferă în mod fundamental de cel al fiziologiei, cele două diferă doar în modalitatea de abordare.

Este importantă o definiție precisă a ceea ce înseamnă psihogeneza. Pentru început, să luăm un exemplu. În cazul creșterii tensiunii arteriale din cauze de natură emoțională, psihogeneza nu susține că meca-

nismul care determină contracția vaselor de sânge nu ar fi de natură somatică. Criza de furie constă în procesele fiziologice care au loc undeva la nivelul sistemului nervos central. Efectul fiziologic al crizei de furie este alcătuit dintr-un lanț de evenimente în care fiecare verigă poate fi descrisă, cel puțin teoretic, în termeni fiziologici. Trăsătura distinctivă a factorilor psihogeni, cum ar fi emoții sau gânduri și fantasme, este că acestea pot fi studiate și din punct de vedere psihologic, prin intermediul introspecției sau verbalizării făcute de persoanele în care procesele fiziologice au loc. Drept urmare, comunicarea verbală constituie unul dintre cele mai importante instrumente ale psihologiei și, din considerente similare, ale cercetării psihosomatice. Când vorbim de psihogeneză, ne referim la procesele fiziologice compuse din excitații la nivelul sistemului nervos central, dar care, datorită faptului că sunt percepute în mod subiectiv ca emoții, gânduri ori dorințe, pot fi studiate cu metodele psihologiei. Cercetarea psihosomatică studiază procese în care anumite legături ale lanțului cauzal, la nivelul actual al cunoașterii, se pretează mult mai bine unui studiu prin metode psihologice decât fiziologice, având în vedere că cercetarea detaliată a emoțiilor ca procese cerebrale nu este suficient de avansată. Chiar și atunci când baza fiziologică a fenomenelor psihologice va fi mai bine cunoscută, este puțin probabil să ne putem dispensa de studiul lor psihologic. Este greu de conceput că mișcările diferite a doi jucători de șah ar putea fi vreodată înțelese mai clar în termeni biochimici sau neurofiziologici decât în termeni psihologici.

2. Funcțiile fiziologice afectate de influențe psihologice

Aceste funcții pot fi împărțite în trei categorii principale:

- (a) Comportamentul voluntar.
- (b) Inervațiile de expresie.
- (c) Reacțiile vegetative la stări emoționale.

Comportamentul voluntar coordonat

Comportamentul voluntar este executat sub influența motivațiilor de natură psihologică. De exemplu, percepend foamea, sunt desfășurate o serie de acțiuni coordonate, cu scopul obținerii hranei și potolirii foamei. Fiecare pas este făcut sub influența unor procese psihologice specifice. De exemplu, individul își amintește locul în care se află depozitată mâncarea sau adresa restaurantului și așa mai departe. Aceste legături psihologice intermediare pot fi de tip simplu, cum ar fi amintirea faptului că se află mâncare în frigider. Sau ele pot fi destul de complexe, ca în situația unui om fără căpătâi care se trezește dimineața cu senzație de foame, fără însă a avea banii necesari procurării mâncării. Acesta trebuie mai întâi să-și ofere forța de muncă cuiva care să accepte să plătească un preț pentru ea, și numai după ce aceste acțiuni au fost realizate și el a obținut contravaloarea bănească a muncii depuse va putea să-și satisfacă senzația de foame. În cadrul civilizației complexe în care trăim, o mare parte din viața noastră o petrecem pregătindu-ne pentru a deveni membri ai societății eficienți din punct de vedere economic, ca să ne asigurăm satisfacerea nevoilor biologice de bază (nevoia de hrană, de adăpost etc). Din acest motiv, traiectoria vieții oricărui

individ poate fi privită ca un proces psihosomatic complex, un comportament voluntar orientat spre scop, realizat sub influența unor anumiți factori psihologici (motivații).

Sistemul dinamic al forțelor psihologice a căror funcție este realizarea acestei sarcini complexe de coordonare este numit *Eul*. Disfuncționalitățile la nivelul Eului dau naștere formelor diferite de psihonevroze și psihoze. Aceste dereglări aparțin domeniului specific al psihiatriei.

Inervațiile de expresie

Acestea reprezintă procese fiziologice, ca de exemplu plânsul, oftatul, râsul, îmbujorarea, gesticularea și grimasele, care au loc sub influența unor tensiuni emoționale specifice. Toate aceste mișcări complexe exprimă emoții specifice și în același timp eliberează o tensiune emoțională de un anumit tip: tristețe, autocompătimire, bună dispoziție și așa mai departe. Aceste inervații de expresie urmăresc vreun scop de natură practică; ele nu servesc la satisfacerea vreunei nevoi biologice de bază; singura lor funcție este descărcarea unei tensiuni emoționale. Râsul, de exemplu, apare sub influența anumitor situații emoționale care au un efect comic. Unele dintre cele mai iscusite minți — Bergson, Lipps și Freud, ca să menționăm doar câțiva — au încercat să definească ceea ce constituie un efect comic găsind un numitor comun pentru acele situații interpersonale care au ca reacție universală râsul. Doi camarazi, unul înalt, celălalt scund, merg pe stradă împreună și se întâmplă ca acela mai înalt să se împiedice și să cadă. În acest caz, efectul este foarte comic. Cu cât personajul înalt mergea mai ținător, cu atât căderea sa neașteptată va avea un efect comic

mai intens. În acest exemplu este relativ ușor să ne dăm seama că râsul privitorului provocat de căderea celui alt servește exprimarea malițiozității resimțite față de acesta, care a fost până în acel moment înăbușită. Fiecare a invidiat și a avut resentimente câteodată în copilărie la adresa adulților cu care încerca din răspuțeri să țină pasul, pe când se chinuia să meargă pe stradă la fel de repede ca aceștia. Adulții erau niște uriași care ne puteau forța după bunul lor plac și ne simțeam complet nepuțincoși în fața lor. Orice privitor se identifică în mod inconștient cu cel mai mic care își vede de drum neperturbat, în timp ce camaradul său înalt zace deodată la pământ neajutorat. Într-o manieră iscusită, Freud a arătat că tendințele ostile ascunse constituie unul dintre aspectele efectului comic (95).

Cu toate acestea, alți factori psihologici subtili trebuie să fie prezenți pentru a precipita râsul, acest fenomen deosebit de complex constând în contracții spasmodice ale diafragmei și ale mușchilor faciali. Nu este scopul prezentei lucrări să elaboreze detaliile psihologice mai subtile. Aleg râsul ca exemplu pentru a demonstra două adevăruri importante: în primul rând, natura complexă și specifică a stimulilor psihologici care motivează asemenea mișcări expesive ca râsul; și în al doilea rând, caracterul eliberator al acestui tip de inervație, care nu servește vreunui scop practic. Într-o clasă de elevi, o muscă se așază pe capul chel al profesorului. Pentru o vreme, băieții reușesc să-și controleze impulsul imperios de a râde. Apoi, unul dintre ei va începe să chicotească și în următorul moment întreaga clasă va izbucni în râsete incontrolabile. Evident că tendințele agresive la adresa profesorului și înăbușite de către fiecare elev găsesc brusc o cale de descărcare eruptivă. Râsul își urmează cursul; o anumită cantitate de energie musculară este necesară

pentru calmarea tensiunii psihologice. În mod similar, plânsul, oftatul și încruntarea nu au o finalitate de ordin practic; acestea servesc doar la descărcarea unei tensiuni emoționale specifice.

Din punctul de vedere al fiziologiei, fenomenele sexuale aparțin acestei categorii. Și acestea sunt fenomene de descărcare, servind la eliberarea unor tensiuni pulsionale specifice.

Modificările patologice ce implică astfel de procese expresive aparțin cu precădere domeniului psihiatriei. Emoțiile refulate pentru că sunt în contradicție cu standardele personalității nu pot fi descărcate pe canalele obișnuite ale inervațiilor de expresie. Pacientul este nevoit să descopere propriile inervații de expresie sub forma simptomelor de conversie, care servesc parțial la descărcarea emoțiilor refulate și totodată îndeplinesc rolul de apărări împotriva unei exprimări directe a acestor emoții. Câteodată, descărcarea are loc prin procesele expresive obișnuite adecvate, cum se întâmplă în plânsul sau râsul de tip isteric. În acest caz, emoțiile care le-au produs sunt refulate și pacientul nu știe de ce plânge sau râde. Din cauza disocierii mișcărilor expresive de emoția care le-a produs, ele nu pot calma tensiunea. Aceasta explică natura incontrolabilă și prelungită a râsului sau plânsului isteric.

Reacțiile vegetative la stări emoționale

Acest grup de reacții constă în cele de tip visceral la stimulii emoționali și are o semnificație specială pentru medicina internă și pentru alte ramuri ale medicinei. Abordarea psihosomatică în medicină își are originile în studiul tulburărilor vegetative apărute sub influența unor

stări emoționale specifice. Oricum, înainte de a începe să discutăm despre tulburările vegetative, trebuie să descriem reacțiile organice normale la emoții; acestea servesc ca bază fiziologică pentru diversele tipuri de tulburări care afectează diferitele organe vegetative.

Funcționarea de ansamblu a sistemului nervos poate fi înțeleasă ca având drept scop menținerea condițiilor în interiorul organismului într-o stare de echilibru (homeostazie). Sistemul nervos realizează această sarcină pe principiul diviziunii muncii. În timp ce sistemul nervos central voluntar este responsabil cu reglarea relațiilor cu lumea externă, sistemul nervos autonom controlează ce se întâmplă în interiorul organismului, de exemplu procesele vegetative interne. Diviziunea parasimpatică a sistemului nervos autonom este mai explicit preocupată de conservare și dezvoltare, de exemplu de procesele anabolice. Influența sa anabolică se manifestă în funcții cum sunt stimularea activității digestive gastrointestinale și depozitarea zahărului la nivelul ficatului. Funcția sa de conservare și protecție se manifestă, de exemplu, în contracțiile pupilei ca protecție împotriva luminii sau în spasmul bronhiolilor în vederea apărării de acțiunea unor agenți iritanți.

Așa cum postula Cannon (43), principala funcție a ramurilor simpatice ale sistemului nervos autonom constă în reglarea funcțiilor vegetative interne în raport cu activitățile externe și mai ales în situațiile de pericol iminent. Cu alte cuvinte, sistemul nervos simpatice este implicat în pregătirea organismului pentru reacția de „fight or flight”^{*} prin modificarea proceselor vegetative în modul cel mai util în situațiile de pericol. Atât în pregătirea pentru „fight or flight”, cât și în timpul unor astfel de acți-

* „Luptă sau fugă”. (N. t.)

vități, sistemul simpatic inhibă toate procesele anabolice; drept urmare, el devine un inhibitor pentru activitatea gastrointestinală. Cu toate acestea, el stimulează activitatea inimii și a plămânilor și schimbă distribuția sângelui, dirijându-l de la nivelul teritoriului splahnic către mușchi, plămâni și creierul mare, unde este nevoie de un aport sporit de energie pentru intensificarea activității. Concomitent, presiunea arterială crește, carbohidrații sunt mobilizați de la nivelul depozitelor și glanda suprarenală este stimulată. Acțiunile subsistemelelor simpatic și parasimpatic sunt în mare măsură antagoniste.

Se poate generaliza că sub predominanța parasimpatică individul se retrage din fața problemelor externe, într-o existență preponderent vegetativă, în timp ce sub stimularea simpatică el își neglijează sau inhibă funcțiile pașnice de creștere și dezvoltare și își îndreaptă întreaga atenție către confruntarea cu problemele sale în raport cu mediul extern.

Economia internă a organismului în timpul stărilor de efort și de relaxare se comportă așa cum face o națiune pe timp de război și de pace. Economia pe timp de război înseamnă priorități pentru bunurile de război și prohibirea anumitor produse din vremurile de pace. Tancuri sunt produse în locul automobilelor, muniții sunt produse în locul bunurilor de lux. În organism, starea emoțională de pregătire este similară cu economia pe timp de război și relaxarea cu economia pe timp de pace, dat fiind că anumite sisteme organice de care este nevoie în starea de necesitate sunt stimulate, în timp ce altele sunt inhibitate.

În tulburările nevrotice ale funcțiilor vegetative, această armonie dintre situația externă și procesele vegetative interne este perturbată. Dezechilibrul poate lua diferite forme.

Doar câteva afecțiuni au fost studiate amănunțit din punct de vedere psihodinamic. În general, tulburările emoționale ale funcțiilor vegetative pot fi împărțite în două mari categorii. Acestea corespund celor două atitudini emoționale de bază descrise anterior:

- (1) Pregătire pentru luptă sau fugă („fight or flight“) în situația de pericol iminent.
- (2) Retrageră din activitatea orientată spre exterior.

(1) Tulburările care aparțin primului grup sunt rezultatul inhibării sau al refulării tendințelor de autoafirmare și a pulsioniilor agresive. Întrucât pulsioniile sunt inhibitate sau refulate, comportamentul corespunzător („fight or flight“) nu este săvârșit niciodată. Și totuși, organismul este fiziologic într-o stare continuă de pregătire. Cu alte cuvinte, deși procesele vegetative au fost mobilizate pentru o activitate agresivă intensă, ele nu sunt pe deplin activate. Rezultatul este că starea cronică de pregătire persistă în organism împreună cu acele reacții fiziologice care sunt în mod normal necesare într-o situație de pericol, ca de exemplu: accelerarea pulsului, creșterea tensiunii arteriale sau dilatarea vaselor de sânge din mușchii scheletici, o mobilizare crescută a carbohidraților și creșterea metabolismului.

La un individ sănătos, aceste modificări fiziologice sunt doar temporare, durând doar atât cât persistă necesitatea depunerii unui efort crescut. După „fight or flight“ sau ori de câte ori sarcina care a necesitat efortul este îndeplinită, organismul se relaxează și procesele fiziologice revin la normal. Oricum, nu la fel stau lucrurile atunci când, ca urmare a activării proceselor vegetative implicate în pregătirea pentru acțiune nu are loc nici o acțiune. Dacă acest lucru se întâmplă în mod repetat,

unele dintre răspunsurile fiziologice adaptative descrise anterior rămân cronice. Diferitele forme de simptome cardiace sunt expresii ale acestor fenomene. Ele sunt reacții la anxietatea de tip nevrotic și la mânia refulată sau inhibată. În hipertensiunea esențială, presiunea sangvină crescută este cronic menținută sub influența unor emoții înăbușite și niciodată deplin descărcate, la fel cum s-ar întâmpla temporar prin exprimarea liberă a mâniei la indivizii normali. Probabil că influențele emoționale asupra mecanismelor care reglează metabolismul carbohidraților au un rol important în diabetul zaharat. Tensiunea musculară crescută și menținută cronic, determinată de pulsuni agresive durabile, pare a fi un factor patogen în artrita reumatoidă. Influența acestui tip de emoții asupra funcțiilor endocrine poate fi observată în hipertiroidism. Reacțiile vasculare la tensiuni emoționale joacă un rol important în anumite tipuri de dureri de cap. În toate aceste exemple, anumite faze ale pregătirii vegetative în vederea acțiunii susținute sunt menținute în mod cronic deoarece forțele motivaționale subadiacente sunt inhibate nevrotic și nu sunt descărcate printr-o acțiune adecvată.

(2) Un al doilea grup de persoane nevrotice reacționează la necesitatea unui comportament de autoafirmare susținut printr-o retragere emoțională din fața acțiunii într-o stare de dependență. În loc să înfrunte pericolul, primul lor impuls este să ceară sprijin altcuiva, așa cum făceau când erau copii neajutorați. Această retragere din fața acțiunii într-o atitudine caracteristică organismului în stare de relaxare poate fi numită „retragere în starea vegetativă”. Un exemplu des întâlnit al acestui fenomen îl constituie individul care are diaree când se află în pericol în loc să acționeze adecvat. El este lipsit de curaj. În loc să acționeze în sensul confruntării pericolului, el va

dezvolta un răspuns vegetativ, pentru care era lăudat de mamă când era copil. Acest tip de reacție vegetativă nevrotică reprezintă o formă de retragere mai puternică din fața acțiunii, comparativ cu cele discutate în primul grup. Pacienții din primul grup produc răspunsurile vegetative cerute în vederea adaptării; tulburarea lor constă doar în faptul că pregătirea lor vegetativă pentru acțiune, prin stimulare la nivel simpatic și umoral, devine cronică. Al doilea grup de pacienți reacționează în mod paradoxal: în locul pregătirii organismului pentru acțiunea orientată spre exterior, ei se retrag într-o stare vegetativă, care este tocmai reversul răspunsului adecvat.

Acest proces psihofiziologic poate fi demonstrat pe baza observărilor, ca de exemplu cea a unui pacient care suferea de o nevroză gastrică asociată cu hiperaciditate cronică. Ori de câte ori vedea un film în care eroul se lupta cu inamici sau era implicat în activități cu un caracter agresiv, periculos, acest pacient reacționa cu arsuri acute în coșul pieptului. În fantasmale lui, el se identifica cu eroul din film. Totuși, această stare îi trezea anxietate și el se retrăgea din luptă pentru a căuta protecție și ajutor. Așa cum vom vedea mai departe, astfel de dorințe de securitate și ajutor care sunt dependente sunt strâns legate de dorința de a fi hrănit și astfel ele determină o intensificare a activității la nivelul stomacului. Acest pacient se comporta paradoxal în măsura în care îi permiteau răspunsurile sale vegetative, deoarece tocmai în momentul când trebuia să lupte stomacul său începea să-și intensifice activitatea și să se pregătească pentru ingerarea hranei. Chiar și în lumea animală, inamicul trebuie înfrânt înainte de a fi devorat.

Grupul extins al așa-numitelor *tulburări funcționale ale tractului gastrointestinal* aparține acestei categorii. Toate formele de indigestie nervoasă, diaree nervoasă, cardio-

spasm, diferitele forme de colite și anumite forme de constipație sunt ilustrative. Aceste reacții gastrointestinale la stresul emoțional pot fi considerate ca fiind bazate pe „modele regresive”, întrucât reprezintă o reactualizare a reacțiilor organice la tensiunile emoționale care sunt specifice copilului. Una dintre primele tensiuni emoționale trăite de copil este foamea, care este potolită prin încorporare orală urmată de senzația de sațietate. Astfel, încorporarea orală devine un model timpuriu pentru calmarea tensiunii neplăcute produse de o nevoie nesatisfăcută. Acest mod arhaic de a gestiona o tensiune dureroasă poate fi reactualizat la adulții suferind de nevroză sau în situațiile de stres emoțional acut. O femeie căsătorită relatează că, ori de câte ori simțea opoziție sau respingere din partea soțului, se surprindea sugându-și policele. Acest fenomen poate fi într-adevăr numit „regresie”. Obiceiul nervos de a fuma sau de a mesteca într-o stare de așteptare prelungită sau nerăbdătoare are la bază același tip de model regresiv. Tot fenomene regresive sunt și reacțiile pe fond emoțional manifestate la nivelul activității intestinale și ele pot apărea în condiții de stres foarte intens chiar și la persoanele altminteri sănătoase.

Mai mult, acest tip de mecanism emoțional are o semnificație etiologică importantă în afecțiunile în care se dezvoltă modificări morfologice profunde, cum ar fi ulcerul peptic și colita ulcerativă. Pe lângă tulburările gastrointestinale, anumite forme de oboșală care sunt asociate cu tulburări ale metabolismului carbohidraților aparțin de acest grup de reacții nevrotice. În mod similar, componenta psihologică în astmul bronșic reprezintă o retragere din fața acțiunii într-o atitudine dependentă și de căutare a ajutorului. Toate tulburările funcționale din acest grup sunt stimulate de sistemul nervos parasimpatic și inhibitate prin stimulare simpatică.

Suntem înclinați să presupunem pentru prima categorie de reacții vegetative o preponderență a activității simpatice și, pentru cel de-al doilea grup, una de tip parasimpatic, în echilibru autonom. Cu toate acestea, această supoziție nu ia în considerare faptul că orice modificare în echilibrul autonom generează reacții compensatorii instantanee. La instalarea tulburării este foarte probabil ca ea să fi fost cauzată de o stimulare excesivă la nivelul simpatic sau parasimpatic. Curând însă, situația se complică din cauza mecanismelor contrareglatorii cu rol în restabilirea echilibrului homeostatic. În cazul tuturor funcțiilor vegetative sunt implicate ambele diviziuni ale sistemului nervos autonom, și, o dată ce a apărut o tulburare, nu mai este posibil ca simptomele rezultate să fie puse exclusiv pe seama influenței unuia dintre subsisteme. Doar în stadiul inițial stimulul perturbator poate fi atribuit numai uneia sau celeilalte diviziuni a sistemului nervos autonom. Trebuie, de asemenea, reținut că reglările homeostatice sunt adesea exagerate și răspunsul supracompensat poate masca stimulul perturbator inițial. Cele două diviziuni ale sistemului autonom funcționează antagonist, totuși în orice proces vegetativ acestea cooperează în același mod în care mușchii flexor și extensor, deși au funcții antagoniste, cooperează la realizarea oricărei mișcări a extremităților.

Rezumat

Confruntând faptele fiziologice prezentate cu teoria psihanalitică a nevrozelor în general și cu considerațiile anterioare făcute asupra nevrozei vegetative în particular ajungem la următoarea imagine consistentă. Orice

nevroză constă, într-o oarecare măsură, în evitarea acțiunii și substituirea acesteia prin procese autoplastice (Freud). În psihonevrozele în care simptomele nu se exprimă la nivel corporal, activitatea motorie este înlocuită cu cea la nivel psihic, cu acțiunea realizată la nivel fantasmă în locul celei din realitate. Cu toate acestea, diviziunea activității în sistemul nervos central nu este perturbată. Simptomele de tip nevrotic au la bază activitatea sistemului nervos central, a cărui funcție constă în controlul relațiilor organismului cu exteriorul. Acest lucru este valabil și pentru isteria de conversie. Și în acest caz, simptomele sunt localizate în sistemele voluntar și senzorio-perceptiv, care se ocupă de relațiile organismului cu exteriorul. Cu toate acestea, orice tulburare nevrotică a funcțiilor vegetative constă într-o perturbare a diviziunii activității la nivelul sistemului nervos. În aceste cazuri, acțiunea orientată în exterior nu se realizează și tensiunea emoțională nedescărcată produce modificări vegetative interne de tip cronic. În acele cazuri bazate pe preponderența simpatică, această perturbare a diviziunii activității nu este atât de profundă ca în cazurile în care este prevalentă excitația parasimpatică. Așa cum am văzut, funcțiile simpatice îndeplinesc un rol de intermediere între funcțiile vegetative interne și acțiunea orientată către exterior; ele reglează și modifică funcționarea vegetativă astfel încât să rezulte acțiunea orientată spre rezolvarea problemelor externe. În tulburările caracterizate prin hiperactivitate la nivel simpatic, acțiunea nu se realizează, cu toate că organismul parcurge toate modificările pregătitoare care ar determina-o și ar susține-o. Dacă acestea ar fi urmate de acțiune, procesul ar fi normal. Caracterul nevrotic al bolii este dat de faptul că întregul proces fiziologic nu se realizează niciodată complet.

Se vede o retragere mai accentuată din fața găsirii soluției la problemele externe în acele tulburări apărute sub preponderență parasimpatică. În acest caz, materialul psihologic inconștient asociat simptomului corespunde unei retrageri la o stare de dependență vegetativă timpurie față de organismul matern. Pacientul suferind de simptome gastrointestinale reacționează la nevoia pentru acțiune prin răspunsuri vegetative cu caracter paradoxal: de exemplu, se pregătește pentru a fi hrănit în loc să lupte.

Divizarea simptomelor vegetative în aceste două categorii constituie doar un pas preliminar către găsirea unei soluții la problema specificității emoționale în nevroza de organ. Următoarea problemă este să înțelegem acei factori specifici care pot fi responsabili pentru alegerea funcției organice din diviziunea mai extinsă a acțiunii parasimpatice sau simpatice și să explicăm de ce tendințele agresive inconștiente de luptă, dacă sunt refulate, determină în unele cazuri hipertensiune cronică, iar în altele palpitații sau o tulburare a metabolismului carbohidraților, ori pot duce la constipație cronică, și de ce tendințele pasive regresive duc la simptome gastrice în anumite cazuri, iar în altele la diaree și astm.

Din punct de vedere psihodinamic, cele două tipuri de reacții nevrotice la nivelul funcțiilor vegetative pot fi reprezentate în diagrama de la în figura I.

Ori de câte ori manifestarea unor atitudini competitive, agresive și ostile este inhibată în comportamentul voluntar, sistemul suprarenal simpatice se află într-o stare de excitație prelungită. Simptomele vegetative rezultă din excitația simpatice de durată, care persistă datorită neproducerii până la capăt a reacției de luptă sau fugă în cadrul comportamentului coordonat voluntar, așa cum o

exemplifică pacientul suferind de hipertensiune esențială, care, în comportamentul său manifest, pare inhibat și excesiv de controlat. Ca și în durerile de cap tip migrenă, atacul dureros poate înceta în câteva minute după ce pacientul devine conștient de furia sa și o manifestă deschis.¹

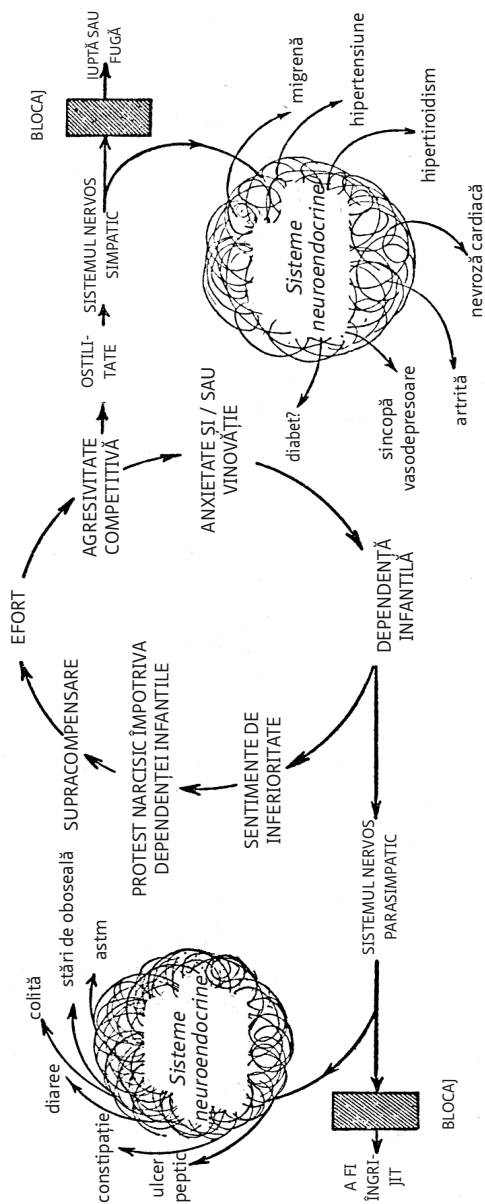
În acele cazuri în care gratificarea tendințelor regresive de căutare a ajutorului nu se realizează prin comportamentul manifest, fie din cauza unei negări interne a acestor tendințe, fie a unor circumstanțe externe, reacțiile vegetative au tendința de a se manifesta sub formă de disfuncții ca rezultat al unei activități parasimpatice intensificate. Exemple în acest sens sunt cel al pacientului cu ulcer peptic, hiperactiv și energic în exterior, care nu-și permite gratificarea nevoilor sale de dependență, și cel al pacientului care dezvoltă o stare de oboseală cronică incapacitantă de fiecare dată când încearcă să se angajeze în vreo activitate care cere un efort susținut. Cu alte cuvinte, aceste simptome vegetative sunt determinate de o excitație prelungită a ramurii parasimpatice a sistemului nervos autonom, indusă de tensiunea emoțională de durată ce nu-și poate găsi descărcarea prin comportamentul manifest coordonat voluntar.

Aceste corelații dintre simptome și atitudinile inconștiente nu pot fi pur și simplu extinse la o corelație între trăsăturile de personalitate manifeste și simptome. Mai mult, o combinație a ambelor tipuri de reacție poate fi observată la același individ în perioade diferite ale vieții și în unele cazuri chiar simultan.²

¹ Vezi pg. 166.

² Distincția făcută aici între predominanța simpatcă și cea parasimpatcă nu are nici o legătură cu conceptele lui Eppinger și Hess de structură simpaticotonică și vagotonică, din moment ce predominanța simpatcă sau parasimpatcă nu constituie o caracteristică permanentă a individului, ci doar stări tranzitorii.

Figura 1. Ilustrarea schematică a conceptului de specificitate în etiologia tulburărilor funcțiilor vegetative



Această diagramă arată cele două tipuri de reacții vegetative la stările emoționale. În partea dreaptă a diagramei sunt prezentate acele afecțiuni care se pot dezvolta atunci când exprimarea pulsioniilor ostile agresive (luptă sau fugi) este blocată și lipsește din comportamentul manifest; în partea stângă apar acele afecțiuni care se dezvoltă când tendințele dependente de căutare a ajutorului sunt blocate.

3. *Problema specificității factorilor emoționali în tulburările somatice*

Tezele propuse în paginile anterioare se bazează pe ceea ce se cheamă teoria specificității. Conform acesteia, reacțiile fiziologice la stimulii emoționali, atât normale, cât și patologice, variază în funcție de natura stării emoționale care le precipită. Râsul este reacția la veselie, lăcrimarea/plânsul, la supărare; oftatul exprimă ușurarea sau disperarea, iar îmbujorarea exprimă jena/stinghereala. Reacțiile vegetative la diferiți stimuli emoționali variază și ele în funcție de calitatea emoțiilor. Fiecare stare emoțională își are propriul sindrom fiziologic. Tensiunea arterială ridicată și activitatea cardiacă accelerată sunt parte componentă a mâniei și a fricii. Secreția gastrică sporită poate fi un răspuns regresiv la un pericol. Atacurile de astm sunt corelate cu un impuls inconștient reprimat de a striga după ajutorul mamei.

Gradul de specificitate al reacțiilor fiziologice la diferiți stimuli emoționali rămâne încă o problemă deschisă. Teoria propusă face în principiu distincția între două atitudini: (1) pregătirea în vederea gestionării situației generatoare de anxietate prin confruntarea ei activă și (2) retragerea din fața acesteia într-o stare de dependență crescută, la fel ca și copilul mic care caută ajutorul mamei în loc să încerce să confrunte pericolul singur. În concordanță cu ideile lui Cannon (43), primul tip de atitudine emoțională este acompaniat de o excitație crescută la nivel simpatic, iar cel de-al doilea tip este însoțit de o excitație crescută la nivel parasimpatic. Între aceste două categorii generale se pot distinge și alte răspunsuri specifice la diferite emoții. Acestea vor fi discutate în următoarele capitole.

Concepția mai veche conform căreia nu ar exista vreo corelație specifică între tipul de stres emoțional și tipul

de sechele fizice produse de acesta încă își mai are adepții. Această concepție susține că orice emoție poate determina orice fel de tulburare organică și că vulnerabilitatea locală a organului afectat este cea responsabilă pentru localizarea bolii. Oricum, teoria specificității emoționale nu desconsideră ceilalți factori nonemoționali care ar putea să determine tipul de reacție fiziologică³. Constituția și istoricul sistemului organic implicat reprezintă deopotrivă influențe semnificative ce contribuie la susceptibilitatea specifică acestuia la stimulii emoționali.

Controversa privind specificitatea factorilor psihodinamici care acționează în tulburările vegetative este complicată de faptul că influențele psihologice semnificative, ca de exemplu anxietatea, pulsionile agresive și erotice refulate, frustrarea sau dorințele de dependență, sentimentele de inferioritate și vinovăție, se regăsesc în toate aceste tulburări. Ceea ce este specific nu-i prezența unuia sau a mai multor factori psihologici, ci prezența configurației dinamice în care ei apar. Acest tip de specificitate este similar celui întâlnit în stereochimie. Părțile constitutive ale diferiților compuși organici sunt aceiași atomi: carbon, hidrogen, oxigen, azot; cu toate astea, ei se combină într-o mare varietate de modele structurale, și fiecare combinație reprezintă o substanță de o calitate foarte specifică. Apoi există specificitate în modul în care o forță psihologică motivațională se poate manifesta. Ostilitatea se poate manifesta ca atac fizic, fie prin folosirea măsurilor extreme sau prin murdărire, scuipat etc., fie ca insulte verbale, fantasme de distrugere sau alte moduri de atac mai puțin directe. Reacțiile fiziologice vor varia corespunzător. Dorința de a fi îngrijit așa cum apare în retragerile vegetative poate să îmbrace forma dorinței de

³ Vezi discuția asupra factorilor etiologici de la p. 53.

a fi hrănit, mângâiat, purtat în brațe, de a i se satisface nevoile, de a fi prețuit, încurajat sau ajutat de ceilalți în oricare alt mod decât cele menționate. Așa cum vom arăta detaliat cu privire la diferite tulburări vegetative, conținutul psihologic împreună cu configurația dinamică a acestor forțe motivaționale determină ce funcții fiziologice vor fi activate sau inhibate. O abordare utilă a studiului reacțiilor fiziologice specifice la stimulii psihologici a avut-o French. Având în vedere că „orice activitate integrată presupune excitarea funcțională, când a unui organ, când a altuia, în funcție de modele particulare de activitate”, motivațiile refulate din vise se pot exprima prin funcțiile organice corespunzătoare stimulilor psihologici (88).

Reconstrucția precisă a configurațiilor psihodinamice specifice pentru variatele tulburări vegetative este foarte dificil de realizat și necesită un studiu anamnezic comparativ minuțios al unui mare număr de pacienți suferind de același tip de boală. Datele obținute prin astfel de studii trebuie ulterior comparate cu observații psihanalitice detaliate făcute pe un număr mai mic de cazuri. O parte dintre modelele psihodinamice caracteristice diferitelor boli sunt prezentate la sfârșitul capitolelor din partea a doua a acestei cărți.

4. Tipul de personalitate și boala

Concepția că anumite tipuri de personalitate sunt predispuse la anumite boli a fost dintotdeauna prezentă în gândirea medicală. Pe vremea când medicina se baza doar pe observarea clinică, apariția repetată a anumitor boli la persoane cu o anumită constituție fizică sau mentală a fost adesea remarcată de către clinicianul atent.

Cu toate acestea, semnificația acestui fapt era complet necunoscută. Clinicianul priceput se mândrea cu cunoașterea acestor corelații datorită experienței sale îndelungate. El știa că tipul de persoană slabă, longilină, cu pieptul îngust era mai predispusă la tuberculoză decât tipul corpulent, robust, care era mai apt să sufere o hemoragie cerebrală. Astfel de corelații între boală și constituția fizică erau dublate de corelațiile dintre trăsăturile de personalitate și anumite boli. Expresii ca „melancolie” sugerează cunoașterea intuitivă a frecvenței trăsăturilor depresive la pacienții care sufereau de tulburări ale vezicii biliare (*melas* = negru, *chole* = bilă). În cartea sa *Vărul Pons*, unul dintre primele romane psihosomatice scrise vreodată, Balzac (21) furnizează o descriere remarcabilă a unui celibatar care inițial a dezvoltat melancolie și ulterior o boală a vezicii biliare. Tendința diabeticilor către plăcerile culinare și relația dintre tulburările coronariene și anxietate erau cunoscute pe scară largă. Clinicieni autohtoni ca Alvarez, George Draper, Eli Moschcowitz (18, 69, 168, 169, 170) și alții au furnizat observații valoroase de acest tip, care vor fi discutate mai detaliat în capitolele următoare. Conceptul personalității caracteristice bolnavului de ulcer gastric, tipul care se epuizează pentru a obține succesul, a fost introdus de Alvarez (19). Draper (68) a recunoscut că, în ciuda aparențelor, mulți dintre pacienții cu ulcer gastric se dovedeau dependenți și, așa cum a formulat autorul, prezentau caracteristici feminine.

Un alt domeniu prolific pentru corelarea trăsăturilor de personalitate cu tabloul bolii îl constituie bolile endocrine, ca hiper- și hipotiroidismul. Pacientul hipersensibil, nervos excitabil, impresionabil care suferă de gușă toxică contrastează puternic cu persoana

bolnavă de hipotiroidism, lentă, flegmatică, indiferentă.

Majoritatea acestor observații aveau un caracter mai mult sau mai puțin anecdotic înainte ca Dunbar (75) să aplice tehnicile moderne de diagnostic psihodinamic în acest domeniu fertil. În „studii asupra profilelor“, ea descrie anumite corelații statistice dintre boală și tipul de personalitate. Tipurile personalității manifeste care pot fi descrise prin metoda ei variază atât de mult la pacienții suferind de aceeași boală, încât se poate vorbi cel mult de anumite frecvențe statistice mai mult sau mai puțin semnificative. Faptul că excepțiile sunt atât de numeroase arată în sine că majoritatea acestor corelații nu au realmente o natură cauzală.

Probabil că cel mai valid dintre profilurile sale este cel al pacientului coronarian. După Dunbar, un astfel de pacient este de regulă o persoană care încearcă permanent să reușească, de un mare control și perseverență, ținând obținerea succesului și realizarea. El este un planificator pe termen lung; adesea cu o înfățișare distinsă. Dă dovadă în mare măsură de ceea ce Freud a numit „principiul realității“, capacitatea de amânare și subordonare a acțiunilor la scopuri pe termen lung. În mod remarcabil, Dunbar a comparat astfel de pacienți cu pacienții cu fracturi, care sunt predispuși la accidente. Aceștia sunt persoane impulsive, aventuroase, cărora le lipsește organizarea, care trăiesc momentul prezent și nu se gândesc la viitor. Ei sunt predispuși să actioneze sub impulsul momentului și își manifestă frecvent ostilitatea prost controlată față de persoanele cu autoritate; în același timp, comportamentul lor este motivat de sentimente de vinovăție și denotă o tendință către autopedepsire și eșec. Aceste persoane predispușe la accidente se regăsesc frecvent în rândul hoinarilor, al celor care nu se atașează, al celor nepăsători care nu

pot tolera disciplina, ca autoritate externă sau ca influență internă reglatoare a rațiunii.⁴

Correspondența dintre o tendință de acțiune impulsivă și o lipsă de toleranță față de disciplina internă sau externă, pe de o parte, și predispoziția la accidente, pe de altă parte, par să determine o relație cauzală distinctă. Este ușor de înțeles că o persoană impulsivă, plină de ostilitate și sentimente de vinovăție, va avea tendința să se accidenteze. Acțiunile acesteia sunt grăbite și ea are în același timp și o tendință către autopedepsire și suferință. Este imprudentă și totodată înclinată să plătească un preț, sub forma leziunilor fizice, pentru agresivitatea sa.

Relația dintre anumite tipuri de personalitate și boala coronariană pare a fi mult mai complexă. Frecvența accidentelor coronariene la pacienții aparținând unor grupuri profesionale ca medici, preoți, avocați, manageri și persoane cu responsabilitate mare este bine cunoscută printre clinicieni. Din acest punct de vedere, boala coronariană aproape că poate fi privită ca boală profesională. La fel de bine se poate considera că un anumit mod de viață, anumite tipuri de efort mental intens, creează condițiile somatice care determină anumite modificări progresive la nivelul sistemului vascular, producând în final boala coronariană. Adevărata corelație poate că nu este între structura personalității și boala coronariană, ci între modul de viață și boală. Concluzia lui Dunbar ar fi atunci explicabilă prin faptul că anumite tipuri de personalitate sunt mult mai înclinate să-și aleagă astfel de profesii cu responsabilitate. Aceasta este o corelație secundară și nu una direct cauzală. O pseudocorelație de acest tip este afirmația lui Dunbar că pacienții bolnavi de inimă pre-

⁴ Vezi p. 220 și urm.

zintă frecvent o înfățișare distinsă. În mod evident, aceasta se datorează faptului că aceste persoane sunt adesea educate, cu pregătire. Aspectul exterior are puțin de a face cu boala coronariană în sine.

Acest tip de pseudocorelație poate fi ilustrat de următorul exemplu. Cineva ar putea prezice cu certitudine că în Italia există în rândul muncitorilor industriali mai mulți blonzi decât printre muncitorii din agricultură. Această corelație arată doar faptul că aria industrială a Italiei este situată în nord, unde locuiesc mai multe persoane blonde decât în sudul Italiei, unde oamenii sunt bruneți și sunt implicați preponderent în agricultură. Această corelație nu arată vreo legătură simbolică sau vreo afinitate între activitatea industrială și părul blond. Atât timp cât mecanismele mai detaliate dintre factorii emoționali și bolile organice nu sunt cunoscute, stabilirea unor anumite corelații externe între trăsăturile de personalitate imediat observabile și boală are o semnificație redusă.

Un alt tip de corelație între factorii ce țin de personalitate și boală are o semnificație mai mare. Investigațiile psihodinamice detaliate au arătat că anumite tulburări ale funcțiilor vegetative pot fi corelate mai degrabă direct cu anumite stări emoționale decât cu structurile de personalitate observabile precum cele descrise în profilurile de personalitate. De exemplu, pulsionile ostile menținute cronic pot fi corelate cu o creștere cronică a tensiunii arteriale, în timp ce tendințele dependente de căutare a ajutorului se asociază cu secreția gastrică crescută. Oricum, aceste stări emoționale pot să apară la un număr mare de personalități foarte diferite. Este adevărat că tipul persoanei de succes care își refulează și supracompensează tendințele de dependență este regăsit frecvent la pacienții cu ulcer gastric. Totuși, unii din-

tre aceștia nu prezintă deloc acest tip de personalitate; ei nu-și refulează atitudinile de cerere de ajutor, dar sunt constant frustrați în obținerea gratificării, din cauza condițiilor externe⁵. Acești pacienți nu sunt persoane care să se epuizeze și nu le place responsabilitatea; ei sunt în mod deschis dependenți și greu de mulțumit. Se știe deja că este de o importanță secundară dacă tendinței la dependență i se opun factori interni ca mândria sau externi cum ar fi o soție distantă, rejectantă (care refuză să-i ofere soțului iubire și atenție). Corelația semnificativă se stabilește între dorința de a primi iubire, ajutor și activitatea stomacului, indiferent dacă acestei dorințe i se opun circumstanțe externe sau mândria care împiedică persoana să accepte ajutor din exterior. În mod similar, conflictul central în cazurile de astm este bine definit și distinct: teama separării de mamă sau substitutul acesteia. Cu toate acestea, manifestările externe ale personalității pot varia considerabil. Modelul emoțional caracteristic astmaticului se poate regăsi la o mare varietate de tipuri de personalitate contrastante care se apără de teama de separare prin mecanisme emoționale variate.

O corelație misterioasă și vagă între personalitate și boală nu există; ceea ce există este o corelație distinctă între anumite constelații emoționale și anumite inervații vegetative. Orice corelație s-ar găsi între tipul de personalitate și boala somatică, aceasta are doar o validitate statistică relativă și este adesea întâmplătoare. În condiții culturale date, anumite apărări împotriva conflictelor emoționale apar cu o frecvență mai mare decât altele. Cultura noastră, de exemplu, pune mare accent pe independență și realizarea personală; de unde rezultă frecvența tipului hiperactiv, de succes, printre pacienții cu

⁵ Vezi discuția de la p. 109.

ulcer peptic. Această imagine aparentă nu este altceva decât o apărare (supracompensare) împotriva nevoilor profunde de dependență și nu are nici o legătură directă cu formarea ulcerului. Corelațiile psihosomatice reale se manifestă între constelațiile emoționale și reacțiile vegetative.

5. *Relația dintre mecanismele nervoase și cele hormonale*

Așa cum am menționat anterior, contribuția celor două diviziuni ale sistemului nervos autonom la diferitele simptome nu poate fi delimitată în mod precis, întrucât, deși activitatea lor este antagonistă, ele colaborează la reglarea fiecărei funcții vegetative. Mai mult, datorită echilibrării homeostatice, o modificare inițială a stimulării, fie ea la nivel simpatic sau parasimpatic, poate fi supracompensată în sens opus la nivelul celuilalt sistem. Cu cât tulburarea durează mai mult, cu atât participarea autonomă devine mai complexă. Acest tablou este și mai tare complicat de faptul că în bolile cronice importanța mecanismelor nervoase scade și reglările la nivel hormonal trec în prim-plan. De exemplu, pulsiunile agresive inhibitate pot inițial activa sistemul medulosuprarenal simpatic, și totuși această situație va fi mascată de secvența de evenimente în decursul cărora o secreție crescută de corticosteroidi produce patologia renală și duce la apariția hipertensiunii persistente. În acest caz, rolul primar al sistemului nervos simpatic este pierdut din vedere datorită fenomenelor secundare. Teoria specificității rămâne valabilă doar cu privire la factorii care inițiază dezechilibrele, nu și pentru efectele secundare produse de aceștia.

Relația exactă dintre reglările de la nivelul sistemului nervos și cele hormonale, în stările normale și patologice,

este încă greu de stabilit. Studiile făcute de Selye, Long și alții constituie pași concreți în elucidarea unor astfel de mecanisme. În „Adaptation Syndrome”, Selye (211) susținea că expunerea la orice stimul nonspecific nociv de intensitate suficient de mare are ca rezultat eliberarea produșilor catabolici de metabolism în țesuturi și producerea primului stadiu al sindromului, și anume „reacția de alarmă”. Acest stadiu se poate diviza în două sub-etape distincte. Prima, sau „faza de șoc”, se caracterizează prin tahicardie, scăderea tonusului muscular și a temperaturii corpului, apariția ulcerului gastric și a celui intestinal, hemoconcentrație, anurie, edem, hipoclorhidrie, leucopenie urmată de leucocitoză, aciditate, o hiperglicemie tranzitorie și în final o scădere a concentrației de zahăr din sânge și eliberarea de adrenalină la nivelul măduvei spinării. Selye susținea că, dacă vătămarea nu este prea severă, produșii catabolici de metabolism stimulează lobul anterior al glandei pituitare să elibereze hormonul adrenocorticotropic, care la rândul său stimulează secretarea unui exces de hormoni adrenocorticosuprarenali, care ajută la creșterea rezistenței organismului. Aceasta este denumită a doua fază a reacției de alarmă, și anume „faza de contrașoc”, caracterizată prin cortex suprarenal mărit și hiperactiv, degenerescență rapidă a timusului și a altor organe limfatice și o inversare a majorității semnelor caracteristice fazei de șoc. Dacă acțiunea stimulului nociv persistă, faza de contrașoc este înlocuită de cel de-al doilea stadiu al sindromului general de adaptare, „stadiul rezistenței”. În acest stadiu, cele mai multe dintre leziunile morfologice observate în primul stadiu dispar și rezistența la acțiunea continuă a stimulului atinge un maxim, care este atribuită hormonilor corticali. Faza a treia și finală a sindromului, denumită „stadiul de epuizare”, apare în urma expunerii prelun-

gite la stimulul nociv și este atribuită unei slăbiri a mecanismelor adaptative. Când se întâmplă așa, leziunile caracteristice reacției de alarmă reapar și se produce moartea. În condiții experimentale speciale, expunerea la agenți nocivi nonspecifici poate cauza hipertensiune, nefroscleroză, leziuni miocardice și artrită, pe care Selye le pune pe seama cantităților excesive de hormoni produși de glanda pituitară anterioară și respectiv a celor corticosuprarenali, produși inițial cu scopul de a crește rezistența organismului. Din aceste motive, astfel de dereglări sunt denumite „boli de adaptare”. Pe scurt, ideea lui Selye este că organismul răspunde la o mare varietate de stresori prin mobilizarea unor mecanisme de apărare fiziologice care depind în mod esențial de integritatea cortexului suprarenal și că activitatea excesivă a acestei glande este răspunzătoare de producerea bolilor de adaptare. Organismul este lezat de un exces al propriilor mecanisme de apărare.

Long (142) și colaboratorii săi au adăugat noi informații la observațiile lui Selye, arătând că secreția crescută a hormonului cortical depinde de o activitate preliminară a lobului anterior al glandei pituitare, care la rândul său este stimulat inițial de epinefrina eliberată de măduva suprarenală. Conform observațiilor lui Long, s-ar părea că excitația hipotalamică, indiferent de modul în care este produsă, determină o reacție în lanț. Prima verigă a acestui lanț o constituie stimularea hipotalamusului, ce determină stimularea nervilor simpatici, urmată de secreția crescută de epinefrină, care la rândul său produce secretarea hormonilor tropici ai pituitarei anterioare. Ultima verigă a reacției în lanț o constituie stimularea producerii hormonilor la nivelul tiroidei și cortexului suprarenal prin acțiunea hormonilor tropici ai pituitarei anterioare. Cu alte cuvinte, rezultatul final al excitațiilor

hipotalamice din cauza stresului reprezintă efectele directe ale acțiunii hormonilor corticosuprarenali, tiroidieni și de altă natură asupra metabolismului celular.

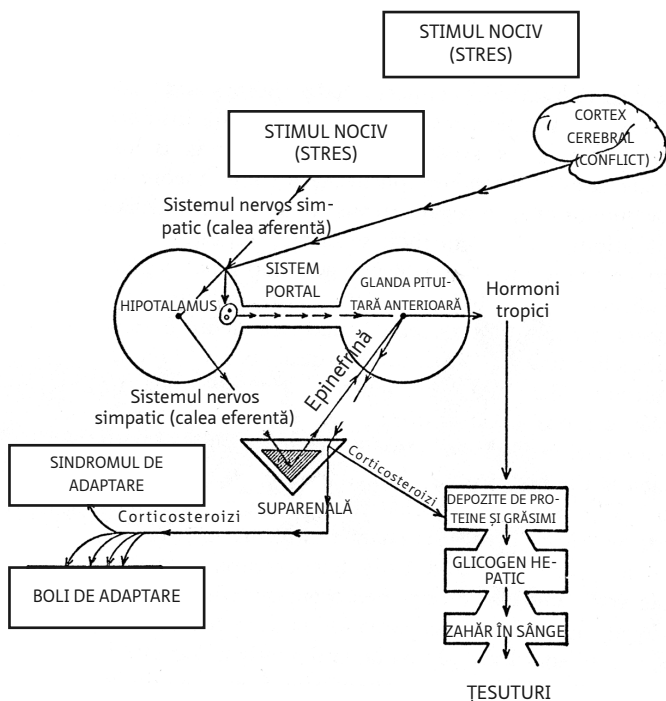
Observațiile recente făcute de Sawyer (148, 204) și colaboratorii săi indică posibilitatea unei influențe mult mai directe a hipotalamusului asupra glandei pituitare anterioare, prin intermediul agenților umorali aflați în țesuturile hipotalamice, când aceștia sunt stimulați prin impulsuri nervoase. Acești cercetători au demonstrat că ovulația care apare la iepure în decurs de o oră de la copulație poate fi împiedicată prin administrarea de dibenamină, un medicament care inhibă acțiunea epinefrinei, dacă este administrat în cel mult trei minute de la copulație. Se știe că prin copulația la iepure sunt stimulate secreția hormonului gonadotrop pituitar și ovulația consecutivă doar dacă lanțul causal simpatic este intact. Injectarea intravenoasă sau în artera carotidă a epinefrinei este inefficientă pentru producerea ovulației, în timp ce aplicarea directă a acestui hormon la nivelul pituitarei anterioare va produce acest efect, ceea ce indică faptul că prin stimulare simpatică o substanță asemănătoare epinefrinei este produsă local în țesuturile hipotalamice și transportată pe cale sangvină la glanda pituitară (figura II).

Aceste studii ne dau o idee despre interdependența complexă dintre mecanismele nervoase și cele hormonale prin care organismul se adaptează la stres și răspunde în general la stimulii externi. S-ar părea că mecanismele neurale au rol primar în stările acute de pericol, în timp ce sub acțiunea stresului cronic reacțiile umorale consecutive trec treptat în prim-plan.

În ciuda acestor complicații secundare, distincția propusă anterior între cele două tipuri de reacții de bază rămâne valabilă: (1) organismul fie se pregătește să în-

frunte situația stresantă prin mobilizarea tuturor resurselor sale, ceea ce implică o pregătire la nivel vegetativ prin activarea sistemelor simpatico-medulo-pituitaro-suprarenal; (2) fie se poate retrage din situația stresantă, prin căutarea ajutorului semenilor sau printr-un tip de paralizie a eforturilor de autoafirmare ce implică stimu-

Figura II
Mecanismele implicate în adaptarea la stres



Ilustrare schematică a mecanismelor implicate în producerea Sindromului de adaptare descris de Selye modificat în concordanță cu observațiile lui Long (140) și Sawyer și alții (204). Stresul, fie că este de origine organică sau psihică, stimulează hipotalamusul cu o consecință de tipul: (1) activarea sistemului nervos simpatric și eliberarea epinefrinei din măduva suprarenală, și (2) eliberarea unui agent neuromoral din hipotalamus. Ca rezultat, apare o stimulare a glandei pituitare anterioare în sensul creșterii secreției de hormoni tropici (Mirsky).

larea funcțiilor fiziologice reglate de sistemul nervos parasimpatic.

Ambele tipuri de răspuns indică o perturbare a echilibrului autonom, declanșând acțiunea mecanismelor contraregulatorie, ceea ce poate masca tulburarea inițială. Numai studiile psihodinamice pot stabili natura tulburării inițiale și explica în special diferențele în modul cum indivizi diferiți răspund la provocările vieții. În esență, acesta desemnează conceptul de specificitate.

Partea a II-a

Factorii emoționali

în diferite boli

Introducere la partea a II-a

Studiul sistematic al interdependenței dintre factorii psihologici și cei fiziologici în tulburările cronice ale sistemelor vegetative are o vechime relativ mică. Cu toate acestea, cei mai mulți medici interniști sunt conștienți de o astfel de relație și susțin fără ezitare că mai mult de jumătate dintre pacienții lor suferă de o tulburare emoțională de o anumită natură, care este în mare măsură responsabilă pentru problemele lor somatice. Cercetarea literaturii medicale arată numeroase trimiteri la observații izolate privind factorii emoționali în tulburările somatice. Dunbar, Weiss și English au rezumat în mod admirabil numeroasele observații raportate de interniști, psihiatri și psihanalisti (71, 75, 242). Majoritatea observatorilor fac referire la tulburarea emoțională denumind-o angoasă sau anxietate, termeni utilizați prea frecvent pentru descrierea oricărui tip de tensiune emoțională. Deși corelarea anxietății cu tulburarea somatică furnizează puține informații cu privire la factorii psihologici specifici care ar putea fi implicați, astfel de observații au evidențiat totuși faptul că îngrijirea psihiatrică este o parte importantă și intrinsecă a îngrijirii medicale a pacientului. Cercetările orientate spre înțelegerea naturii specifice a factorilor emoționali în producerea tul-

burării somatice și mecanismele prin care aceștia produc o astfel de tulburare s-au bucurat de puțin interes. Un pas în această direcție l-a constituit aplicarea interviurilor anamnezice, prin care sunt obținute informații referitoare la factorii emoționali relevanți, atât din trecutul pacientului, cât și din situațiile sale de viață prezente. Această metodă, care permite o evaluare a factorilor ce țin de personalitate și corelarea acestora cu stări de boală particulare, a fost descrisă în detaliu de către Dunbar (75).

Capitolul 9

Factorii emoționali în tulburările gastrointestinale

Procesul hrănirii constituie axa vieții afective în perioada copilăriei timpurii. Întreaga existență a copilului gravitează în jurul procesului de hrănire și cele mai intense emoții, neplăcerea și gratificarea, sunt asociate cu diverse aspecte ale acestor funcții. Chiar și mai târziu în viață, multe etape ale procesului alimentar rămân asociate cu anumite stări emoționale. Multe dintre modelele de reacție timpurie au legătură cu nutriția, ca de exemplu secreția salivei și cea a sucului gastric la vederea și mirosul mâncării. Dezgustul, care exprimă refuzul general al anumitor obiecte aparținând mediului, își are originea în refuzul anumitor alimente și este asociat cu fenomene reflexe la nivelul esofagului și stomacului.

În general, interesul extravertit, în special furia intensă sau teama, are o influență inhibitorie asupra funcțiilor tractului digestiv, a secreției la nivelul stomacului și a intestinelor, precum și asupra peristaltismului. Această inhibiție apare ca urmare a excitării sistemului suprarenal simpatic, prin opoziție cu excitarea sistemului parasimpatic, care duce la intensificarea fun-

çiei gastrointestinale. Stările emoționale care în mod normal stimulează funcția gastrointestinală sunt foamea, vederea și mirosul hranei, dorința de a fi hrănit, precum și dorința mai puțin concretă de a fi ajutat și de a se relaxa. În tulburările gastrointestinale, adaptarea armonioasă a activității gastrointestinale la starea generală a organismului este perturbată. O înțelegere a cauzelor psihodinamice ale acestor tulburări necesită o trecere în revistă detaliată a psihologiei normale a procesului de hrănire.

1. Tulburări ale apetitului și hrănirii *Psihologia procesului de nutriție*

Nici o funcție vitală nu joacă un rol atât de important în viața timpurie pentru universul emoțional interior al organismului cum o face hrănirea. Copilul trăiește prima eliberare de disconfort fizic în timpul alăptării; astfel, satisfacerea foamei este puternic asociată cu sentimentul de confort și securitate. Teama de moarte prin înfometare rămâne elementul de bază al sentimentului insecurității (teama legată de viitor), în ciuda faptului că moartea prin înfometare nu se întâlnește frecvent în cadrul civilizației actuale. În melancolia severă, teama de moarte prin înfometare este adesea exprimată deschis de către pacient; ea este des întâlnită și în multe alte forme de psihonevroze, chiar dacă pacientul nu o poate verbaliza liber. Pe lângă sentimentul siguranței, hrănirea este profund asociată cu sentimentul de a fi iubit. Pentru copil, a fi hrănit este echivalent cu a fi iubit; de fapt, asocierea dintre sentimentul de siguranță și sațietate se bazează pe această ecuație emoțională (receptivitate orală).

O altă atitudine emoțională de o importanță fundamentală, care va fi asociată în copilăria timpurie cu hrănirea și înfometarea, este posesivitatea, cu tot ceea ce implică ea, ca de exemplu lăcomie, gelozie și invidie. Pentru copil, posedarea este echivalentă cu încorporarea (orală). Împiedicarea acestei tendințe posesive și a dorinței de a primi dă naștere pulsioniilor agresive de a lua cu forța ceea ce nu îi este dat de bunăvoie. Astfel, mușcatul devine prima formă de manifestare a ostilității (agresivitate orală). În mod normal, aceste pulsioni posesiv-agresive caracteristice încorporării orale ar trebui să devină sursele primelor sentimente de vinovăție de îndată ce conștiința se dezvoltă. Astfel se explică de ce psihanaliza nevroticilor care suferă de diverse tulburări ale hrănirii evidențiază frecvent că sentimentele de vinovăție subiacente reprezintă cauza centrală pentru problema emoțională.

O altă legătură emoțională importantă este cea dintre suptul la sân și senzațiile plăcute localizate la nivelul mucoasei bucale, al buzelor și limbii și pe care copilul încearcă să le retrăiască prin acțiunea de a-și suge degetul. Aceste senzații de plăcere orală timpurie pot fi considerate ca precursorii excitațiilor genitale ulterioare. Acest rol libidinal timpuriu al gurii se menține în viața adultă în timpul sărutului.

Aceste considerații explică rolul important jucat de posesivitate, lăcomie, gelozie, invidie și eforturile susținute pentru obținerea siguranței, în cadrul tulburărilor funcțiilor hrănirii. Ori de câte ori emoțiile descrise sunt refulate și ca urmare exprimarea lor în comportamentul voluntar este blocată, ele generează o tensiune permanentă și pot exercita o influență cronică perturbatoare prin intermediul căilor vegetative, în diferitele faze ale procesului alimentar. Caracterul aso-

cial și agresiv al acestor emoții le face în special apte să dea naștere la conflicte cu mediul, fapt pentru care ele sunt refulate. Senzațiile de plăcere la nivel somatic asociate cu formele timpurii de hrănire (suptul) explică frecvența cu care tulburările emoționale se manifestă în funcțiile hrănirii, atunci când funcțiile genitale mature sunt inhibate din cauza conflictelor. Aceste intense dorințe sexuale refulate sunt exprimate în mod regresiv în procesul de hrănire, și negarea lor se manifestă ca tulburări ale hrănirii.

Este necesară cunoașterea acestor adevăruri psihologice fundamentale, pentru înțelegerea cauzelor emoționale ale tulburărilor nevrotice de hrănire. Complexitatea vieții psihice împiedică totuși generalizările schematice și rigide; fiecare caz trebuie înțeles individual. Din motive practice, vom discuta diversele entități nosologice folosind clasificarea clinică uzuală.

Inhibițiile procesului de hrănire

ANOREXIA NERVOASĂ

Pierderea periodică sau cronică a apetitului este întâlnită frecvent în psihonevroze și psihoze, în special în depresiile reactive, în timpul fazei depresive a psihozei maniaco-depresive, precum și în schizofrenie. Atunci când pierderea apetitului este simptomul major și când nu există semnele unei psihoze grave, este pus adesea diagnosticul de „anorexie nervoasă”, deși acest simptom reprezintă doar una dintre manifestările unei tulburări nevrotice a personalității totale. În anorexia gravă, pacientul poate să scadă considerabil în greutate și să fie extrem de slăbit. Femeile, în special fetele după pubertate, prezintă acest simptom mult mai frecvent decât

bărbații. Este important de pus diagnosticul diferențial, pentru a se putea deosebi anorexia de boala lui Simmond*, în care perturbarea apetitului este rezultatul secundar al unei funcționări anormale a glandei pituitare, dar această diferențiere nu se poate face întotdeauna cu ușurință (Richardson — 187).

Independent de mecanismul concret responsabil pentru pierderea apetitului la un anume individ, aportul scăzut de hrană determină o pierdere marcantă în greutate, care poate duce la epuizarea severă a organismului. Concomitent cu pierderea apetitului sau uneori precedând-o, se pot înregistra încetarea creșterii și oprirea menstruației, creșterea oboselii, pierderea părului axilar, dispariția dorinței sexuale și alte semne ale unei funcționări endocrine deficitare. Din aceste motive este dificil să distingem între efectele înfometării, pe de o parte, și efectele în urma scăderii activității lobului pituitar anterior, pe de altă parte.

Glanda pituitară anterioară produce hormonii responsabili cu stimularea creșterii generale a organismului, stimularea activității gonadelor și cea a tiroidei. În absența acestor hormoni, toate aceste activități nu pot avea loc. Ca urmare, la femei ciclul menstrual nu se mai produce și la bărbați apare impotența. Diminuarea activității tiroidei atrage după sine o scădere a metabolismului și a apetitului. Din moment ce activitatea tuturor celulelor, inclusiv a celor din lobul pituitar anterior, depinde în mare măsură de aportul unui număr adecvat de calorii, vitamine și minerale, un anumit grad de înfome-

* Boala lui Simmond mai este cunoscută și sub denumirea de cașexie hipofizară sau cașexie pituitară. Ea se manifestă printr-o slăbire extremă, progresivă a organismului, pierderea părului de pe corp și îmbătrânire prematură din cauza atrofiei sau distrugerii lobului anterior pituitar. (N. t.)

tare poate produce o diminuare a secreției hormonale a pituitarei anterioare. Acest lucru a fost demonstrat de experimentele pe animale supuse la diverse grade de înfometare și de cazurile frecvente de încetare a menstruației la femei și de apariție a impotenței la bărbați ca urmare a malnutriției în perioadele de foamete.

Într-un studiu asupra nanismului la copii, Talbot și colegii acestuia (232) au observat încetinirea creșterii ca rezultat al anorexiei din cauza tulburărilor emoționale. În unele cazuri, vindecarea acestora a fost urmată de creșterea apetitului și chiar de o accelerare semnificativă a ritmului de creștere. În cazul copiilor care nu au răspuns la un regim alimentar mai sănătos s-au obținut rezultate favorabile în urma administrării hormonilor de creștere. Aceste observații arată că diminuarea activității glandei pituitare poate să apară ca rezultat al scăderii aportului de calorii. Astfel se explică dificultățile în a diferenția între insuficiența primară la nivelul pituitarei anterioare și cea secundară rezultată în urma înfometării.

Înfometarea poate produce anomalii comportamentale care aproximează simptomele caracteristice observate la pacienții cu anorexie nervoasă. Elocvente în acest sens sunt studiile lui Schiele și Brozek (206), care au observat pe perioade de înfometare sau semiînfometare tulburări psihologice marcante de tipul celor din anorexia nervoasă. Este posibil ca, o dată ce anorexia se dezvoltă ca urmare a tulburărilor psihologice, să ia naștere un cerc vicios care s-ar putea încheia cu scăderea activității diferitelor glande endocrine.

Prin urmare, având în vedere interacțiunea fină și subtilă deopotrivă dintre funcțiile psihice și cele endocrine, este inutil să încercăm să stabilim în mod forțat un factor „primar”. La o femeie de 28 de ani cu anorexie nervoasă gravă, pe care am examinat-o recent, ame-

noreea a apărut secundar înfometării și menstrele au revenit după vindecarea anorexiei. Mai mult, la examenul ginecologic s-a descoperit că ea avea un uter infantil. Rahman, Richardson și Ripley (184) au descoperit, într-un total de 12 cazuri de anorexie, patru paciente cu uter nede dezvoltat, iar cinci cu uter atrofic. Este posibil ca persoanele cu hipogonadism să fie mai predispuse la acest sindrom.

Refuzul încăpățânat al mamelonului de către unii bebeluși imediat după naștere poate fi probabil considerat ca prototipul cel mai timpuriu al anorexiei. În astfel de cazuri avem de-a face cu o rezistență a organismului la noua adaptare necesară modificării condițiilor de mediu după naștere. Unele organisme sunt mai puțin adaptabile la tranziția de la stadiul intrauterin la existența postnatală și, ca urmare a adaptării întârziate, ele manifestă diverse disfuncții fiziologice. Un alt exemplu de adaptare întârziată este icterul neonatal, în care ficatul continuă să funcționeze ca în timpul vieții intrauterine (Cserna — 53).

Examinarea psihiatrică atentă a adulților și a copiilor mai mari, la care pierderea apetitului nu este din cauza disfuncției glandei pituitare, va pune în evidență factorii emoționali subiacenți. Chiar și o examinare psihiatrică mai superficială poate descoperi o mare diversitate de tendințe nevrotice. Rahman, Richardson și Ripley au menționat trăsături obsesionale, depresive și schizoide, precum și anumite trăsături caracteriale compulsive ca, de exemplu, perfecționism, încăpățânare, conștiinciozitate excesivă, o curățenie, sensibilitate și ambiție exagerate. Richardson (187) și Farquharson (82) au subliniat că psihonevroza reprezintă cauza primară. Anterior, autori ca Gull (107) și Laségue (135) au recunoscut importanța etiologică a influențelor psihologice. Factorii psihodina-

mici relevanți pot fi evidențiați doar după aplicarea metodei psihanalitice.

Observarea psihanalitică arată că pulsuniile inconștiente agresiv-posesive, cum ar fi invidia și gelozia, sunt factorii cu cea mai mare pondere în anorexie. Aceste pulsuni, dacă sunt inhibitate de conștiință, pot duce la inhibiții severe ale hrănirii. Este ușor de înțeles că, din moment ce hrănirea servește ca modalitate de gratificare, existența unei conștiințe vinovate poate perturba apetitul, astfel încât pacientul nu-și va permite plăcerea sațietății. Un exemplu al acestui principiu îl constituie faptul că a posti reprezintă o formă obișnuită de penitență. Mai mult, anorexia poate fi precedată de un interes excesiv în alimentație, ajungându-se chiar la bulimie.

Un alt factor psihologic general regăsit la pacienții cu anorexie este reacția inconștientă de dușmănie. Prin intermediul simptomului său, pacientul se comportă ca un copil bosumflat care refuză să mănânce pentru a-și forța părinții să-i acorde o atenție specială și a-i face pe aceștia să se îngrijoreze din cauza sa. Următorul caz prezintă factorii emoționali cei mai frecvenți care stau la baza anorexiei nervoase:

O fetiță de 8 ani a dezvoltat o anorexie severă pe timpul vacanței de vară. Copilul refuza practic orice fel de mâncare și orice masă era un prilej de scene violente, în cadrul cărora era forțată să ia câteva înghițituri. A pierdut în greutate și în scurt timp prezenta semnele clinice ale subnutriției. Medicul pediatru care o consultase îi prescriesese medicația uzuală pentru fortifierea organismului, neglijând complet factorii emoționali. După ce medicul psihiatru a câștigat încrederea fetei, nu a fost dificil să se descopere cauza emoțională a afecțiunii. Avea o soră mai mică, la acel moment în vârstă de 2 ani, care era hrănită de o doică, de obicei în prezența mamei, atunci când mânca pacienta. Interviuul psihiatric a ar-

ătat că pacienta resimțea o gelozie intensă la adresa surorii mai mici. Această micuță intrusă primea întreaga atenție a părinților. A devenit clar că refuzul fetei de a mânca era motivat în principal de dorința acesteia de a capta atenția atât a doicii, cât și a mamei și de a o devia de la surioara ei. Ea reușea acest lucru folosindu-se de simptomul ei recalcitrant. A doua motivație era reacția la vinovăție. Pacienta dorea să primească ea întreaga dragoste, să îi ia totul surorii sale, și din acest motiv trebuia să se pedepsească pentru această invidie prin a nu mânca. Cel de-al treilea factor în anorexia ei îl constituia dușmănia împotriva părinților, răzbunându-se pentru toată atenția pe care aceștia o acordau surorii mai mici. Câteva interviuri psihiatrice în care toate aceste emoții s-au revărsat în mod dramatic și o modificare în organizarea rutinei zilnice au eliminat la timp acest simptom periculos. Pacienta a fost scoasă la restaurant de către părinți fără sora ei. În acest mod îi era acordată ei o recompensă pentru faptul de a fi sora mai mare, și acest lucru a ajutat-o să tolereze mai bine atenția acordată de către părinți surioarei sale. Găsind plăcere în a fi copilul mai mare, a putut mai ușor să renunțe la dorința de a se bucura de privilegiile acordate unui bebeluș.

Aceiași factori emoționali pot fi descoperiți și la majoritatea adulților, deși ei pot să apară într-o asociere mai complexă. Tendințele oral-agresive și cele receptive devin adesea erotizate și sunt asociate cu fantasme ale practicilor sexuale, ca de exemplu felația și cunilingusul. Asocierea foamei cu astfel de pulsuni sexuale străine Eului poate de asemenea să ducă la dificultăți de hrănire. Este o fantasmă des întâlnită în copilărie și adolescența timpurie aceea că fecundarea are loc pe cale orală. Dorința inconștientă de sarcină și respingerea cu teamă a unei astfel de dorințe se regăsesc în mod obișnuit în fantasmele cu încărcătură emo-

țională care stau la baza dificultăților de hrănire ale tinerelor. În alte cazuri pot exista tendințe coprofile.

Alte forme de inhibiții ale hrănirii

Unii pacienți nu au experiența pierderii apetitului, dar se simt stânjeniți și inhibați când încearcă să mănânce în prezența anumitor persoane. Nu este neobișnuit ca unele tinere să nu poată mânca în prezența bărbaților față de care au un atașament emoțional. În astfel de cazuri, tulburarea de hrănire este mai puțin generalizată, manifestându-se doar în condiții cu totul specifice, și nu are legătură cu lipsa apetitului. Cu toate că îi este foame, pacientul este inhibat în a mânca și simte o mare stânjeneală și teamă. De regulă, fantezmele sexuale inconștiente cu conotație agresivă (dorințe oral-castratoare) joacă un rol important la astfel de pacienți.

Următorul istoric de boală este acela al unei paciente tratate de către Saul, în cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago.

O tânără atrăgătoare în vârstă de 26 de ani s-a plâns că în ultimii șase ani ea nu mai putuse mânca în public, din pricina jenei, a anxietății, a senzației de greață și a stării de leșin. Această situație îi afecta serios viața socială și relațiile cu bărbații. Pacienta era cea mai mare dintre cei șapte copii ai familiei. În timp ce aceștia erau încă mici, tatăl renunțase la orice efort de a-și mai susține familia, care s-a afundat în sărăcie. Pacienta și-a păstrat în aparență buna dispoziție și generozitatea, și curând a început să câștige bani lucrând, dar inconștient dezaproba cu amărăciune sarcinile repetate ale mamei sale cu un tată leneș și dependent. Fiecare copil nou o lipsea pe pacientă și mai mult de atenția mamei și îi sporea povara de a avea o gură în plus de hrănit. Ea își ex-

prima sentimentele făcând referiri la mâncat și mâncare. Pentru pacientă, cea mai înduioșătoare expresie a iubirii era dăruirea a ceva de mâncat, și când în visele sale se întâmpla să atace oameni, o făcea prin a-i mușca. Amărăciunea sa refulată la adresa mamei a dus la un sentiment pătrunzător de vinovăție. Aceasta era legată din motive specifice de actul hrănirii și cel al sexualității, ambele fiind în consecință inhibitate. Fobia pacientei legată de mâncat a început când a fost invitată la masă de un băiat despre care credea că mama ei îl dezaprobă. Ea putea mânca fără probleme doar ceea ce mama îi servea la masă acasă, pentru că atunci ea făcea doar ceea ce îi impunea mama; atunci avea aprobarea și dragostea acesteia, iar resentimentul și vinovăția erau diminuate.

În cazurile de anorexie mai generalizată și în inhibițiile hrănirii cu specific nevrotic, cauza poate fi dezvăluită de psihanaliză. Tratamentul specializat este indispensabil. Măsurile psihoterapeutice inadecvate, ca de exemplu forțarea agresivă a pacientului să mănânce, pot fi la fel de periculoase ca și hrănirea artificială. Postul pe care pacientul și l-a autoimpus constituie o modalitate de a se elibera de sentimente de vinovăție adânc înrădăcinate, iar înlăturarea simptomului fără o psihoterapie sistematică poate da naștere la tendințe autodistructive mult mai violente, ca de pildă tentativele de suicid (Richardson – 187). Utilizarea medicației sau a injecțiilor cu insulină poate fi considerată ca având valoare doar cu privire la simptom.

BULIMIA

În timp ce la pacientul cu anorexie există o scădere a apetitului datorată factorilor emoționali inconștienți,

în bulimie apetitul este exagerat. Doar rar se întâmplă ca factorii organici să aibă un rol în bulimie, așa cum acționează în hipertiroidism, în care exagerarea apetitului este ca urmare a intensificării metabolismului. În bulimia psihogenă, foamea crescută nu este expresia nevoii crescute a organismului de a ingera hrană; mâncatul devine o gratificare substitutivă a tendințelor emoționale frustrate care nu au la bază nimic în comun cu procesul nutrițional. Un mare număr de factori emoționali diferiți au fost descriși de unii psihanaliști, cum sunt Wulff (259), Schmied (207), Coriat (50), Benedek (27) și alții. Aceștia au cu toții convingerea că tulburarea de hrănire este de regulă o reacție la frustrarea emoțională. O dorință fierbinte de iubire și tendințele agresive de a devora sau poseda formează baza înconștientă pentru exagerarea patologică a apetitului. Tendințele sexuale feminine înconștiente, fantasmele legate de sarcină și dorințele de castrare pot, de asemenea, să joace un rol important. Obezitatea rezultată servește adesea ca apărare împotriva rolului feminin, pe care pacienta îl respinge din cauza conotației masochiste pe care i-o atribuie. Frecvența anorexiei nervoase printre pacientele care au suferit anterior de bulimie evidențiază relația strânsă care există între cele două afecțiuni.

Ca și în cazul altor tulburări psihogene ale apetitului, doar psihoterapia poate evidenția cauzele tulburării. Obiectivele psihoterapiei sunt de a face conștiente tensiunile emoționale refulate, astfel permițându-le să găsească o exprimare adecvată și acceptabilă în cadrul relațiilor umane. Ca toate tulburările psihogene ale procesului nutrițional, bulimia este doar un simptom din cadrul unei tulburări nevrotice a ansamblului personalității.

VĂRSĂTURILE DE NATURĂ NERVOASĂ

În timp ce în anorexie funcția de încorporare este inhibată, la pacienții care suferă de vărsături pe bază nervoasă hrana încorporată este eliminată din cauza unui conflict emoțional. Tehnica psihianalitică face de regulă posibilă dezvăluirea unor sentimente intense de vinovăție, motivate de tendințele agresive, lacome de încorporare. Vărsăturile de natură nervoasă sunt expresia sentimentelor de vinovăție provocate de aceste dorințe. Ele exprimă tendința de a restitui ceea ce pacientul încorporează în fantasmele sale inconștiente. În timp ce pacientul cu anorexie nu poate mânca nimic din cauza vinovăției, cel cu vărsături trebuie să înapoieze mâncarea deja ingerată din cauza semnificației simbolice agresive pe care o atribuie inconștient actului hrănirii. Acest mecanism a fost clar ilustrat de către Levin (137) într-un caz de vărsături cronice. Tot așa a examinat și Bond (33) vărsăturile nevrotice în care trăsătura evidentă o constituia o conștiință vinovată. Un alt factor observat adesea este respingerea dorințelor de sarcină inconștiente. Un exemplu în acest sens este istoricul unei paciente analizate de Masserman:

O femeie inteligentă în vârstă de 30 de ani, de condiție medie, a venit în analiză cu plângerea că în ultimii 12 ani suferise de tulburări menstruale, intoleranță alimentară, un fel de anorexie, și în particular de grețuri și vărsături ori de câte ori ea încerca să intre în contact social cu bărbații, în alte locuri decât propria casă. Boala o forțase să renunțe la numeroase preocupări recreative și culturale și aproape că abandonase orice speranță de a se mai căsători. Psihanaliza a pus în evidență faptul că pacienta fusese dominată de o mamă posesivă, ambițioasă și uneori tiranică,

în grațiile căreia pacienta încerca să se mențină prin devotamentul declarat față de aceasta și prin eforturi intense pentru rezultate bune la învățătură și realizări în domeniul muzical, iar ulterior prin susținerea financiară a familiei. Această siguranță mult sperată a fost pusă în pericol în copilăria târzie a pacientei, atunci când, mama fiind geloasă pe preferința pe care tatăl blând, dar ineficient, i-o arăta deschis pacientei, a început să o respingă fățiș și să le prefere pe celelalte trei surori ale acesteia. Din nefericire, pacienta a reacționat la această traumă printr-o fixație chiar mai mare la dependența orală față de mamă și o inhibare a tuturor dorințelor sexuale de care se temea că ar fi putut să sporească ostilitatea mamei. Această inhibiție, în acord cu fixația infantilă maternă a pacientei, s-a manifestat sub forma unei tulburări a actului nutrițional. Din moment ce mama a fost prima persoană care a hrănit-o, vinovăția și teama resimțite față de aceasta au dus la un refuz al hranei încorporate. De exemplu, pacienta și-a amintit cum chiar la vârsta de 10 ani vomitase atunci când un băiat îi adusese ceva de mâncat la o petrecere. Simultan, pacienta a început să aibă eșecuri în activitatea școlară, studiile muzicale și adaptarea socială, ceea ce reprezenta un *acting out* al sentimentelor sale ambivalente la adresa mamei, căreia astfel îi zădărnicea ambițiile. Cu cinci ani înainte de începerea analizei, într-un moment când vinovăția și anxietatea pacientei sporiseră din cauza tulburării produse de interesul pe care i-l arăta un pretendent, tulburările menstruale, anorexia, greața, intoleranța alimentară și vărsăturile s-au agravat în așa măsură încât pacienta a pierdut aproximativ 12,7 kg* în câteva luni, fiind nevoită să meargă la o clinică pentru investigații. Investigațiile fizice de laborator și cele radiologice

* În textul original „28 pounds”. (N. t.)

erau normale și pacientei i s-a recomandat să oprească orice medicație și să ducă o viață mai normală și activă. În mod semnificativ, pacienta a interpretat greșit această recomandare ca însemnând o libertate a plăcerilor sexuale și, prin urmare, după ce a obținut consimțământul explicit al mamei sale și cooperarea activă a acesteia, a făcut tot posibilul să aibă o relație amoroasă cu fiul șefului ei. Pe parcursul celor șapte luni cât a durat această relație, simptomele pacientei s-au ameliorat, deși aceasta a rămas într-un anumit grad frigidă și a continuat să aibă dificultăți în a mânca în prezența iubitului său. Cu toate acestea, când într-un final iubitul a părăsit-o pentru a se căsători cu altcineva, simptomele nevrotice au reapărut și pacienta, renunțând la orice alte încercări de adaptare heterosexuale, s-a întors să locuiască cu mama ei. Pe parcursul primului an al tratamentului psihanalitic, a dobândit cu mare dificultate o oarecare înțelegere a dependenței sale extreme de mamă și a renunțării din cauza anxietății la dorințele oral-încorporative, agresive și genitale. Ulterior, pacienta și-a extins activitățile extrafamiliale, sociale și heterosexuale și de atunci a mai experimentat doar ocazional simptomele anterioare într-o formă atenuată.

Vărsăturile de natură nervoasă, ca toate celelalte simptome nevrotice ale tractului gastrointestinal, trebuie privite doar ca una dintre manifestările unei tulburări psihonevrotice generale. Cauza emoțională a simptomului este similară celei din tulburările nevrotice de hrănire, iar abordarea terapeutică este aceeași. Simptomul în sine, și nu tulburarea nevrotică a ansamblului personalității, poate fi adesea combătut prin sugestie sau hipnoză, persuasiune, cure de odihnă și medicație sedativă. Având în vedere că aceste măsuri terapeutice nu elimină cauza, ele sunt recomandate doar în cazul în care vărsăturile cro-

nice sunt atât de persistente încât necesită o intervenție de urgență. Cu toate acestea, o înlăturare doar a simptomului nu indică o vindecare a nevrozei care, după ce vărsăturile au cedat, poate să se manifeste sub forma unor simptome mai puțin evidente, dar la fel de semnificative sau prin anumite tulburări comportamentale în viața pacientului.

2. *Tulburări ale actului înghițirii*

NEVROZA ESOFAGIANĂ

În timp ce în anorexie și în alte dificultăți de alimentare actul hrănirii în sine este inhibat, iar în vărsăturile nervoase hrana încorporată nu poate fi păstrată, în nevroza esofagiană actul înghițirii este cel perturbat. Pacientul se îneacă cu mâncarea și nu o poate înghiți. La anumiți pacienți apare senzația subiectivă a unui corp străin, de regulă în partea superioară a esofagului, independent de hrănire (*globus hystericus*).

Kronfeld (134) a distins, pe baza unui studiu psihiatric sistematic, două forme ale nevrozei esofagiene, forma senzorial hiperalgică și cea spastică reflexă. Forma senzorial hiperalgică se adaugă adesea la o tulburare locală, lucru care nu se întâmplă în forma spastică. Baza emoțională a simptomelor o constituie un refuz inconștient al încorporării care este din cauza pulsioniilor agresive adesea de natură sexuală (dorințe de castrare), asociate cu hrănirea și înghițirea. Kronfeld a încercat să diferențieze între fundalul emoțional din anorexie, din nevroza esofagiană și din vărsăturile isterice. El a comparat pacientul cu nevroză esofagiană cu un jucător la jocuri de noroc, prin faptul că ambii îndrăznesc să încorporeze sau să ia lucruri, expunându-se astfel la un

pericol imaginar. Pacientul cu anorexie pur și simplu refuză să mănânce, iar în vărsăturile isterice reacția apare doar după ce crima simbolizată de hrănire a fost deja comisă. Kronfeld a descoperit că dezgustul joacă un rol important în această tulburare. El îl definește ca pe o combinație dintre tentație și refuz cu o atitudine ambivalentă față de încorporare. Observațiile lui Kronfeld încă trebuie confirmate, chiar dacă sunt în concordanță strânsă cu datele psihologice generale asupra actului hrănirii și al înghițirii.

Kronfeld a subliniat nevoia unei ameliorări rapide în nevrozele esofagiene grave și, ca urmare, a recomandat orice metodă care înlătură simptomul, ca de exemplu medicația spasmolitică, diatermia și formele eficiente de psihoterapie cu rezultate rapide.

Ca și în alte tulburări, chiar și după ce simptomul este înlăturat este indicată abordarea psihanalitică în vederea rezolvării tulburărilor emoționale mai profunde ale întregii personalități, pentru care simptomele esofagiene sunt doar una dintre manifestări.

CARDIOSPASMUL

O tulburare bine definită a funcției de înghițire este cunoscută sub denumirea de cardiospasm — un termen introdus de von Mikulicz în secolul al XIX-lea. Acesta constă într-o contracție a părții inferioare a esofagului și conduce la o dilatare a porțiunii proximale. În urma investigațiilor psihosomatice a nouă pacienți, Edward Weiss (240) a conchis că această tulburare are o predispoziție somatică și factori emoțional precipitanți în etiologia sa. El a clasificat în mod superficial cardiospasmul ca o formă a isteriei de conversie și a presupus că ar exprima

un înțeles simbolic inconștient care poate fi redat ca: „Nu pot înghiți situația”. Simptomul apare când un pacient se regăsește într-un impas emoțional cu privire la situația sa externă. La un nivel mai profund, tendințele sexuale, ostile și de autopedepsire au o semnificație etio logică. Weiss recomandă o abordare combinată de dilatare mecanică cu psihoterapie. A subliniat faptul că tratamentul factorilor emoționali nu ar trebui neglijat. A observat că un pacient a dezvoltat o depresie imediat după dilatarea mecanică.

3. Tulburări ale funcțiilor digestive

NEVROZA GASTRICĂ

Nevrozele gastrice prezintă o varietate enormă de simptome bazate pe tulburări ale funcțiilor secretorii și motorii ale stomacului și duodenului. Adesea este dificil să se facă o diferențiere între factorii neurologici (centrali) și cei organici (locali). Multe dintre simptomele gastrice funcționale sunt rezultatele secundare ale obiceiurilor defectuoase de hrănire. Astfel de obiceiuri ca, de pildă, masticăția incompletă, mâncatul în grabă, înghițirea aerului, lipsa cumpătării și o alegere neinspirată a alimentelor sunt frecvent expresiile unor conflicte emoționale, fapt pentru care aceste tulburări pot fi considerate deopotrivă ca psihogene. Supraîncărcarea stomacului prin menținerea unor obiceiuri nesănătoase de hrănire poate conduce la tulburări la nivel local (gastrită). Varietatea extremă a simptomelor și complexitatea acestora fac imposibilă o diferențiere strictă între factorii psihogeni (funcționali) și cei locali (organici). Tulburările de origine nervoasă ale stomacului pot varia de la o ușoară senzație de neplăcere după masă, la pirozis (arsuri), in-

apetență și regurgitație sau eructație până la dureri gastrice severe și vărsături dificil de tratat. Baza fiziologică a acestor simptome diverse este și ea la fel de variată ca și simptomele. Hipoaciditatea pare să însoțească mai frecvent stările depresive și oboseala. S-a observat că adesea hiperaciditatea cronică și simptomele asociate acesteia au o cauză psihologică similară celei din ulcerul peptic. Studiile clinice comparative desfășurate în cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago au arătat că, la toți pacienții suferind de tulburări gastrice psihogene, refularea tendințelor de cerere dependentă a ajutorului joacă un rol predominant. O fixație puternică la situațiile de dependență timpurie specifice copilăriei mici intră în conflict cu Eul adult, conducând la lezarea mândriei pacientului; și din moment ce această atitudine dependentă intră în contradicție cu dorința de independență și autoafirmare, ea trebuie refulată (Alexander *et al.* — 14). Acest conflict se manifestă cel mai pregnant în cazurile de ulcer peptic.

Este bine cunoscut în practica medicală faptul că în toate simptomele gastrice funcționale o pondere importantă o au grijile, teama, certurile familiale și perioadele de declin în afaceri. Experiențele pe scară largă din timpul ultimului război au arătat că surmenajul permanent și expunerea continuă la pericol constituie alți factori cauzativi. Numitorul comun al acestor tensiuni emoționale îl reprezintă o nevoie intensă de odihnă, siguranță și ajutor. Prin urmare, ameliorarea simptomelor stomacale nervoase poate avea cele mai mari șanse de reușită prin odihnă, schimbarea mediului și eliberarea din situațiile de viață perturbatoare. Atât timp cât pacientul este încă expus la stresul vieții cotidiene, simptomele pot să nu cedeze la nici una dintre formele de terapie medicamentoasă. Același pacient va prezenta o vindecare rapidă și

ar putea fi capabil să renunțe la toate restricțiile alimentare, fără vreun efect advers, atunci când se află în vacanță sau este internat într-un sanatoriu. Cu toate acestea, cura de odihnă și modificarea situațiilor de viață trebuie privite doar ca măsuri ce vizează simptomele, întrucât conflictele emoționale patogene care stau la baza acestora nu pot fi rezolvate astfel. Majoritatea pacienților trebuie să continue să-și desfășoare activitățile profesionale și sociale și nu pot rămâne permanent izolați de realitățile vieții cotidiene. Din acest motiv, psihoterapia sistematică ce vizează problemele fundamentale ale ansamblului personalității este indicată în toate cazurile grave. Simptomele stomacale ar trebui considerate doar ca indicatori ai tulburării de personalitate subiacente. Acordarea unei atenții exagerate simptomelor nu face decât să încurajeze la pacientul nevrotic ocolirea acelor probleme emoționale care stau la baza acestora, contribuind astfel la perpetuarea dificultăților. Datoria medicului în astfel de cazuri este de a orienta atenția pacientului către natura secundară a simptomelor sale fizice și de a preveni fuga acestuia în boala somatică, orientându-l către o confruntare cu problemele sale reale — adică să înceapă o psihoterapie care ar putea face posibilă rezolvarea problemelor sale emoționale. Anumite cazuri în care această strategie nu este recomandată vor fi discutate în capitolul referitor la terapie.

ULCERUL PEPTIC

Un accent tot mai mare este pus pe importanța factorilor emoționali în producerea ulcerului peptic. Studiile mai recente sunt doar confirmări sistematice ale observațiilor izolate ale unui număr mare de clinicieni care timp de mulți ani au bănuit semnificația factorilor psihogeni

în etiologia acestei afecțiuni. Von Bergmann (30) și Westphal (246) au ajuns la concluzia că majoritatea cazurilor de ulcer peptic pot fi considerate „complicațiile care produc cea mai mică neplăcere” în cadrul nevrozelor funcționale ale stomacului cu evoluție de lungă durată.

Faptul că o tulburare funcțională a unui organ poate în timp să conducă la modificări structurale (organice) ale țesuturilor constituie o realitate etiologică de primă importanță și ea poate fi soluția pentru multe dintre enigmele etiologice nerezolvate încă în medicina modernă. Acest lucru a fost discutat în detaliu în capitolul 6.

Prin utilizarea gastroscopului Wolf-Schindler, Taylor (234) a observat că ulcerul peptic se poate dezvolta pe fondul existenței unor modificări hiperplastice difuze la nivelul mucoasei stomacului (gastrita hiperplastică). Este totuși foarte probabil ca astfel de modificări să fie în esență rezultatul unei tulburări funcționale (hiperaciditate) de lungă durată. Prin urmare, problema etiologică o constituie stabilirea originii acestei tulburări funcționale cronice.

Diferiți autori au constatat că anumite tipuri de persoane au o predispoziție mai mare la ulcerul peptic decât altele. Alvarez (19) vorbește de tipul omului de afaceri evreu, eficient și activ, genul foarte hotărât și care investește multă energie pentru obținerea succesului, ca având o predispoziție specială. Hartman (117) caracterizează pacientul cu ulcer peptic ca fiind individul care „întâlnește obstacole ce se dovedesc a fi pentru el o încercare și un dezavantaj pe care, datorită naturii sale, el trebuie să încerce din răspuțeri să le depășească”. Autorul susține că nu apar niciodată cazuri de ulcer în rândul muncitorilor necalificați de origine chineză și la indienii din America Latină și explică acest fapt pe baza unei atitu-

dini stoice, aproape apatice, și a lipsei tensiunii și ambiției ce caracterizează aceste rase. Conform lui Hartman, ulcerul este o boală a lumii civilizate și afectează preponderent oamenii civilizației vestice, ambițioși și orientați spre realizarea scopurilor. Draper și Touraine (70) au descoperit ca reprezentativ pentru pacienții lor un refuz inconștient al tendințelor feminine, aceleași tendințe care conform studiului psihanalitic sunt descrise ca pulsuni oral-receptive sau oral-agresive. Autorii adaugă la studiile psihologice și măsurători antropologice și încearcă să descrie bolnavul cu ulcer peptic ca fiind caracterizat la nivel psihologic de existența unui protest masculin și refuzul tendințelor feminine, iar din punct de vedere anatomic ca astenic sau longitudinal.

Studiile desfășurate în cadrul Institutului de Psih analiză din Chicago au arătat că simptomele gastrice și chiar ulcerul peptic se pot dezvolta mai frecvent la un anumit tip de personalitate decât la celelalte, dar excepțiile întâlnite în stadiul preliminar al cercetării ne fac să fim rezervați în recunoașterea unei astfel de generalizări ca fiind validă. Mai degrabă decât a spune că a fost descoperit un anumit tip de personalitate specific pacientului cu un tip de ulcer, era vorba de o *situație conflictuală tipică* ce putea să se dezvolte la diferite tipuri de personalități. S-a observat că dorința de a rămâne în starea de dependență infantilă — de a fi iubit și îngrijit — intra în conflict cu mândria, cu aspirația la independență, cu realizarea și auto-suficiența specifice Eului adult. Aceste două tendințe conflictuale se susțin reciproc într-un mod caracteristic. La nivelul comportamentului manifest, mulți pacienți au o atitudine exagerat de agresivă, ambițioasă și independentă. Nu le place să accepte ajutor și se împovărează cu tot felul de responsabilități — acest tip fiind adesea întâlnit la

oamenii eficienți, ocupând poziții executive în afaceri. Aceasta este o reacție la dependența lor extremă, dar rămasă la nivel inconștient. Lupta continuă și responsabilitățile excesive reîntăresc dorința unei relații de dependență. În adâncul personalității pacientului cu ulcer se manifestă o intensă dorință inconștientă pentru existența protejată a copilului mic. Cu toate acestea, el ascunde cu grijă față de sine însuși această atitudine dependentă și o refulează, astfel încât ea nu se poate exprima în comportamentul manifest, în relațiile personale. Dorința de dragoste refulată este stimulul psihologic inconștient aflat în relație directă cu procesele fiziologice și ducând în final la ulceratie. Această dorință intensă explică efectul benefic pe care îl au curele de odihnă, în timpul cărora pacientul este eliberat de responsabilitățile permanente și lupta cotidiană. După ce simptomele se agravează sau pun în pericol viața pacientului ori după o hemoragie acută, acesta poate ceda deschis dorinței de a renunța la responsabilitățile sale și nu mai este nevoit să o refuleze. Atunci, boala somatică gravă justifică o astfel de retragere.

Nu toți pacienții suferinzi de ulcer peptic supra-compensează dorințele de dependență prin afișarea unui tip de activitate destinat obținerii succesului și acceptarea posturilor de conducere și a responsabilităților. Mulți dintre aceștia sunt în mod deschis dependenți, pretențioși și nemulțumiți. La astfel de persoane, tendințele dependente sunt frustrate nu prin respingerea lor la nivel intern, ci prin circumstanțele externe. S-ar părea că factorul crucial în patogeniza ulcerului îl constituie frustrarea dorințelor de dependență, de căutare a ajutorului și a dragostei. Când aceste dorințe nu pot fi gratificate în relațiile umane, ia naștere un stimul

emoțional cronic care acționează în mod specific asupra activității stomacului.

Această teorie, ale cărei baze au fost puse în cadrul primelor studii gastrointestinale realizate la Institutul de Psihanaliză din Chicago, a fost validată de cercetările ulterioare. Un număr considerabil de pacienți cu ulcer peptic analizați în cadrul Institutului a confirmat ponderea dorințelor orale frustrate. Van der Heide (237) a publicat în detaliu două dintre aceste cazuri, iar un alt caz amintit pe scurt în continuarea acestui capitol a fost descris de Alexander (13). Kapp, Rosenbaum și Romano au realizat un studiu psihodinamic detaliat asupra a 20 de bărbați cu ulcer (129). Ei au descoperit că toți acești pacienți erau imaturi emoțional, afișând puternice dorințe de dependență care apăruseră fie din cauza respingerii, fie a răsfățului excesiv din copilărie. Simptomele ulcerului s-au dezvoltat ca reacție la frustrarea acestor dorințe. Unii dintre aceștia supracompensau dorințele lor intense și păreau harnici și ambițioși. Cu toate acestea, majoritatea pacienților erau pasivi și efeminați și își exprimau deschis dorințele orale. Autorii au conchis că, „deși situația conflictuală este aceeași la toți bărbații cu ulcer peptic, personalitatea de fațadă poate varia de la independența exagerată până la dependență parazită”.

Frustrarea unei tendințe dependent-receptive adesea provoacă o atitudine agresivă, nemulțumită, care se deosebește de atitudinea oral-receptivă datorată pulsioniilor oral-agresive. Szasz ș.a. (230) au demonstrat recent influența unor astfel de pulsioni de încorporare agresive asupra funcțiilor stomacului la un pacient la care frustrarea nevoilor dependente era, de asemenea, factorul determinant.

Considerații psihosomatice

Dacă dorința de a primi, de a fi iubit, de a depinde de ceilalți este respinsă de Eul adult sau este ca urmare a unor circumstanțe externe, și în consecință nu poate găsi gratificare în contactele personale, atunci este folosită adesea o cale regresivă: dorința de a fi iubit este transformată în dorința de a fi hrănit. Refularea dorinței intense de a primi dragoste și ajutor mobilizează inervațiile stomacului, care încă de la începutul vieții extrauterine au fost strâns asociate cu forma cea mai primitivă de a primi ceva — și anume cu procesul primirii hranei. Activarea acestor procese servește ca stimul cronic pentru funcția gastrică. Întrucât această stimulare a stomacului este independentă de stimulii fiziologici normali, ca de pildă nevoia de hrană, dar își are originea în conflictele psihologice complet independente de starea fiziologică de foame, poate rezulta o disfuncție gastrică. În astfel de situații, *stomacul răspunde continuu ca și cum hrana ar fi fost ingerată sau ar fi pe cale de a fi ingerată*. Cu cât refuzul oricărei gratificări receptive este mai puternic, cu atât mai puternică va fi „foamea” inconștientă de iubire și ajutor. Pacientul dorește mâncarea mai degrabă ca simbol al iubirii și ajutorului decât pentru satisfacerea unei nevoi fiziologice (figura III).

Se presupune că această stimulare cronică continuă a stomacului este similară cu cea care apare temporar în timpul ingerării hranei, având ca efect o hipermotilitate și o hipersecreție cronică. Stomacul gol este astfel expus permanent la aceiași stimuli fiziologici la care ar fi expus doar temporar în condiții normale, când deja conține hrana sau este pe cale de a o primi. Simptomele „stomacului nervos” — adică disconfort epigastric, pirozis și eructație — sunt probabil manifestările acestei stimulări

cronice, care în unele cazuri pot duce la apariția ulcerului (Alexander ș.a. — 14).

Faptul că nu toți pacienții cu nevroză gastrică sau cu hipersecreție cronică funcțională dezvoltă ulcer face posibil ca o sensibilitate a stomacului constituțională sau dobândită să aibă un rol important în dezvoltarea ulcerului.

Există tot mai multe dovezi clinice și experimentale care susțin valabilitatea teoriei psihosomatice descrise anterior. Din rândul interniştilor, Alvarez consideră stimularea cronică a stomacului gol ca unul dintre factorii etiologici în ulcerul peptic. În concordanță cu asta sunt experimentele lui Silberman (212) de hrănire simulată a câinilor. S-a făcut o fistulă esofagiană artificială și hrana pe care câinele o înghițea se scurgea pe podea și nu ajungea niciodată în stomac; câinele o înhăța iarăși, repetându-se această procedură uneori chiar și timp de trei sferturi de oră. Conform lui Silberman, o astfel de stimulare intensă a secrețiilor unui stomac gol duce cu regularitate la formarea ulcerului. Pacientul cu ulcer peptic este similar din multe puncte de vedere cu câinele lui Silberman; stomacul său este într-o stare de stimulare cronică, nu ca urmare a hrănirii, ci ca urmare a refulării tendințelor psihologice de a fi iubit, de a primi sau de a lua agresiv ceea ce nu primește de bunăvoie. Din cauză că aceste tendințe sunt refulate și excluse de la exprimarea normală prin comportamentul voluntar, ele întrețin o stare de tensiune permanentă. Dorința de a fi iubit fiind strâns asociată cu cea de a fi hrănit, ea stimulează pe căi parasimpatice activitatea gastrică.

Există numeroase dovezi experimentale care susțin presupunerea că un factor cauzativ în formarea ulcerului poate fi secreția continuă sub influența stimulilor psihologici cronici. Secreția maximă la nivelul stomacului

apare pe timpul nopții la pacienții cu ulcer duodenal (Palmer — 178). Winkelstein (252) a descoperit o aciditate crescută la pacienții cu ulcer ca reacție la hrănirea simulată (psihică) și o aciditate mai ridicată noaptea la pacienții cu ulcer gastric sau duodenal, comparativ cu subiecții sănătoși. Aceste observații arată că stomacul pacientului cu ulcer peptic este în mod special sensibil la stimulii nervoși și că de regulă apare o secreție continuă. Prin urmare, s-ar părea că de o mai mare importanță decât nivelul total de aciditate sunt starea de excitație cronică a stomacului și secreția cronică de suc gastric.

Excitația cronică a stomacului determinată de tensiunile emoționale influențează nu doar funcția secretorie, ci și pe cele motorii. Semnificația specifică a celor din urmă în producerea ulcerului încă nu este clară. Spasmul piloric, care determină retenția prelungită a conținutului acid al stomacului, poate avea semnificație etiologică. Totodată, poate fi afectat aportul sangvin la nivelul stomacului. Necheles (175), continuând munca lui Dale și Feldberg (54), a descoperit că acetilcolina, care este eliberată în pereții stomacului sub acțiunea stimulilor parasimpatici, produce anoxemia în țesut. Acetilcolina are o influență și asupra acidității gastrice. Necheles a confirmat și descoperirile lui Winkelstein cu privire la irascibilitatea parasimpatică mai ridicată decât normal în cazul pacienților cu ulcer.

Descoperirile clinice din cadrul Institutului de Psih analiză din Chicago au fost confirmate de studiile lui Wolff și Wolf (258). Ei au studiat un pacient cu o fistulă gastrică permanentă și au constatat că hiperemia, hipermotilitatea și hipersecreția erau reacții produse de insecuritate și sentimentele ostil-agresive, atunci când pacientul era inhibat, funcțiile revenind la normal când pacientul își redobânda siguranța emoțională. Chiar

dacă acești autori au luat în considerare în primul rând conținutul mental conștient și prin urmare nu au reconstruit în detaliu situațiile psihodinamice, din observațiile lor se desprinde clar relația dintre dorința intensă de securitate și hiperactivitatea funcțiilor gastrice.

B. Mittelman și H.G. Wolff (165) au studiat influența emoțiilor asupra activității gastrice pe baza unei cercetări experimentale. Ei au provocat tulburări emoționale acute atât la indivizi sănătoși, cât și la pacienți suferind de ulcer, gastrită și duodenită (26 de subiecți: 10 cazuri aveau ulcer, 3 — gastrită și duodenită, iar 13 erau sănătoși). La toate cazurile a fost observată o creștere a secreției de acid clorhidric, mucus și pepsină și o intensificare a peristaltismului; dar acestea erau mai pronunțate cantitativ la grupul patologic. Pacienții cu ulcer au reacționat adesea prin durere, creșterea secreției biliare și sângerare la stresul emoțional provocat experimental, pe care autorii le-au descris ca anxietate, nesiguranță, vinovăție și frustrare. Ei au observat totodată că, în situațiile care trezeau sentimente de siguranță emoțională și încredere în sine, funcția gastrică a pacienților revenea la normal.

În timp ce importanța factorilor emoționali în etiologia ulcerului peptic este aproape universal acceptată în prezent, există o divergență de opinii privind specificitatea emoțiilor implicate în producerea acestei afecțiuni. Cei care abordează problema din perspectiva clinică, de exemplu Kapp, Rosenbaum, Romano, Ruesch și alții (129, 199), sunt impresionați de pronunțata tendință oral-receptivă ce se manifestă fie ca dependență explicită sau prin negarea acesteia.

Pe baza unui studiu experimental cu câini, Mahl a pus recent sub semnul întrebării părerea că conflictele emoționale specifice sunt responsabile de intensificarea secreției gastrice (144). Conform acestuia, singura obser-

vație bine argumentată se referă la influența stimulatoare pe care teama cronică o are asupra secreției și motilității stomacului. El susține că aceasta contrazice teoria lui Cannon, conform căreia teama determină o stimulare la nivel simpatic ce ar trebui să inhibe și nu să stimuleze activitatea gastrică. Articolul lui Mahl este un exemplu al acelei confuzii conceptuale care apare ocazional în domeniul cercetării psihosomatice. Mulți autori fără experiență și pregătire psihodinamică aproape că desconsideră complet rezultatele ultimelor trei decenii și încearcă să întoarcă timpul la o perioadă în care reacțiile somatice erau atent studiate, dar stimulii emoționali care le produc erau tratați în cel mai superficial mod. Ei se referă la factorii psihologici în termeni vagi, ca de exemplu stres psihic, teamă, anxietate, sau pur și simplu ca tulburare emoțională în sens larg.

În mare parte, progresul din acest domeniu s-a datorat aplicării postulatului metodologic conform căruia lanțul de evenimente psihologice ar trebui studiat și descris cu aceeași grijă pentru detaliu pe care o presupune studiul sechelelor somatice. Conform teoriei lui Freud, anxietatea este o teamă internalizată, un semnal pentru Eu că o tendință inconștientă refulată este pe cale să devină conștientă și să amenințe integritatea Eului. Funcția anxietății este identică cu cea a fricii, care este un răspuns la un pericol extern, pregătind Eul pentru confruntarea cu acesta. Anxietatea îndeplinește această funcție cu privire la pericolele interne (instinctuale). Apărările Eului împotriva acestei situații de pericol intern sunt numeroase — supracompensare, regresie, proiecție, externalizarea anxietății și deplasarea acesteia asupra unor situații comune concrete (fobii), precum și multe alte mecanisme bine cunoscute. Depinde în mare măsură de structura personalității individuale care dintre aceste

apărări diverse este folosită. Reacțiile somatice la anxietate variază în funcție de apărările psihologice mobilizate. Acest lucru a fost discutat în detaliu la pp 79 și 81. Un tip de apărare împotriva anxietății este tratarea pericolului intern ca și când ar fi unul extern, cu pregătirea confruntării agresive cu acesta. Acest tip de apărare poate produce simptome cum ar fi creșterea tensiunii arteriale, a pulsului, tonus muscular crescut și alte semne somatice ale stimulării nervoase simpatice sau voluntare. Un alt tip de răspuns este cel regresiv. Acesta constă în retragerea într-o atitudine de neajutorare, alergând după ajutor și protecție. Creșterea secreției stomacului aparține acestui tip de răspuns regresiv la anxietate și teamă. El este manifestarea unei regresii la starea infantilă în care copilul caută ajutorul matern. Din moment ce una dintre primele trăiri de neplăcere ale copilului este foamea, care este înlăturată atunci când mama hrănește copilul, dorința de a fi hrănit devine cel mai primitiv răspuns la toate tipurile de stres emoțional.

Acest lucru poate fi suficient pentru a susține că în stadiul actual al cunoașterii este lipsit de sens să spunem în general că anxietatea produce simptomele somatice. Anxietatea pune în mișcare diferite lanțuri psihologice, a căror natură reprezintă unul dintre factorii ce determină tipul de reacție fiziologică ce va fi mobilizată¹. Anxietatea, ca primă verigă a acestui lanț, nu constituie un factor specific. Fiecare individ gestionează anxietatea într-o manieră proprie. Acesta este înțelesul teoriei specificității emoționale în etiologia bolilor vegetative.

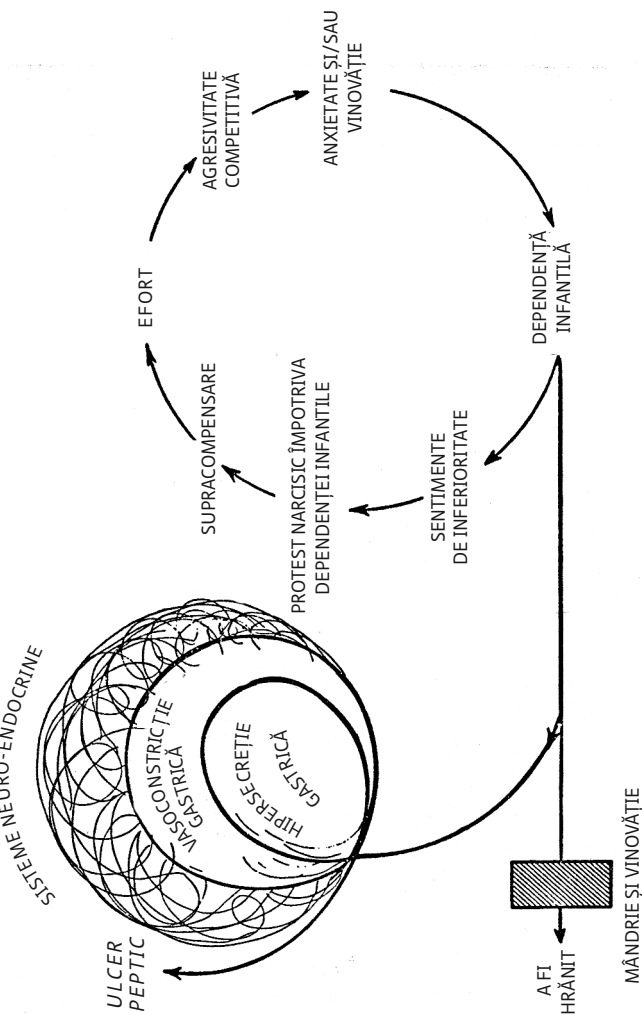
Validarea finală a teoriilor actuale cu privire la rolul factorilor psihodinamici în etiologia ulcerului peptic poate proveni doar de la studii care sunt astfel concepute

¹ Vezi și discuția lui Szasz asupra articolului lui Mahl (223).

încât să permită măsurarea activității gastrice la om pe perioade lungi de timp și corelarea unor astfel de măsurători cu factori emoționali prezenți sau anteriori, care au fost produși de situațiile de viață curente. O încercare de a utiliza această metodă a fost descrisă de Mirsky și colegii acestuia (37, 163, 180), care au demonstrat că activitatea secretorie gastrică este însoțită de excreția pepsinei (a pepsinogenului) în urină. Datele acestora arată că rata excreției de pepsină poate servi ca indicator al ratei secreției gastrice, astfel încât pacienții cu o secreție minimă prezintă valori minime ale excreției de pepsină în urină, pe când cei cu o activitate maximă vor prezenta valori ale ratei de excreție ridicate. Prin utilizarea acestei metode a fost măsurată activitatea gastrică secretorie la subiecții sănătoși și la pacienții cu ulcer și alte tulburări, pe perioade de timp ce variau până la doi ani.

Simultan a fost făcută o înregistrare a evenimentelor zilnice semnificative din viața acestora, astfel de date provenind fie din consemnări zilnice și interviuri ocazionale, fie din materialul psihanalitic. Pe baza unor astfel de studii, Mirsky a conchis că exprimarea deschisă a furiei, frustrării, resentimentului și a unei diversități de alte emoții dominante, de care subiectul era conștient, nu influența semnificativ valorile ratei secreției gastrice. Cu toate acestea, a fost observată a relație pozitivă între o intensificare a excreției de uropepsină și mobilizarea dorințelor oral-receptive și de încorporare, de care subiectul era inconștient. Atunci când acesta își conștientiza furia ori resentimentul sau prezenta semnele unei anxietăți clare, analiza materialului psihologic arăta limpede că mobilizarea dorinței de a fi îngrijit și teama de pierdere a relațiilor de dependență constituiau factorul dinamic esențial care determina o intensificare a activității gastrice.

Figura III. Reprezentarea schematică a specificității în etiologia ulcerului peptic



Considerații terapeutice

În tratarea ulcerului peptic, prima măsură terapeutică trebuie să vizeze tratarea afecțiunii locale.

Teoria psihanalitică asupra patogenezei ulcerului peptic a fost confirmată într-o manieră indirectă prin activitatea recentă a lui Dragstedt (66) în tratarea acestei afecțiuni prin secționarea nervilor vagi către stomac. Deși existaseră în anii anteriori alte încercări de realizare a acestei operații, doar prin intermediul muncii lui Dragstedt vagotomia a ajuns să fie bine înțeleasă, devenind o metodă utilă de tratare a ulcerului peptic. Secretarea continuă a unei cantități sporite de suc gastric acid, tipică la pacienții cu ulcer duodenal, este mediata de nervii vagi și este înlăturată prin secționarea totală a acestor căi nervoase (Dragstedt — 64, 65). Vagotomia parțială este adesea inefficientă pentru vindecarea leziunii. Dacă este corect efectuată, această operație pare să fie una dintre intervențiile chirurgicale de succes în tratarea ulcerului peptic.

Cu toate acestea, vagotomia și celelalte metode chirurgicale tradiționale nu modifică conflictele psihice ale pacientului, care constituie tulburarea primară dintr-un lanț de evenimente ce duc în final la apariția ulcerăției la nivelul segmentului superior al tractului gastrointestinal (Alexander — 10). Din cauza acestui fapt, pacienții cu vagotomie sunt predispuși să dezvolte un număr de alte tulburări mai mult sau mai puțin grave. Acest neajuns împreună cu cele mai importante sechele ale vagotomiei au fost studiate de Szasz și descrise într-o serie de publicații (226, 227, 228, 229).

Psihoterapia are în principal un rol de prevenție și are drept scop evitarea recidivelor. În cele mai multe cazuri există un interval de timp variabil în care tul-

burarea funcțională este prezentă înainte ca ulcerul activ să apară. Hiperaciditatea cronică și alte simptome stomacale sunt primele semnale de perturbare a controlului nervos al funcțiilor stomacului. În aceste perioade, concentrarea atenției asupra simptomelor locale și neglijarea factorilor de personalitate constituie o gravă eroare.

Având în vedere că ulcerul peptic este un sindrom cronic, se indică psihoterapia combinată cu îngrijirea medicală. Ulcerul se dezvoltă de regulă la personalitățile care prezintă un conflict nevrotic adânc ce necesită tratament psihanalitic. Psihanaliza oferă cea mai eficientă abordare cauzală a componentelor emoționale implicate în producerea ulcerului. Această terapie poate varia ca durată, având în vedere că în anumite situații tratamentul psihanalitic activ și de scurtă durată s-a dovedit benefic. Următoarele fragmente ale unui istoric de caz pot ilustra atât factorii psihodinamici implicați, cât și aspectele psihoterapeutice ale problemei:

Un student în vârstă de 23 de ani avusese prima hemoragie cauzată de un ulcer duodenal pe când avea 18 ani. Aceasta fusese precedată doar de o scurtă perioadă de indispoziții stomacale. Când a venit cinci ani mai târziu pentru tratament psihanalitic, ulcerul său era deja activ, prezentând simptomele tipice, diagnostic confirmat și de investigațiile radiologice. Trăsătura de personalitate cea mai evidentă a pacientului era nepăsarea sa extremă, care reflecta controlul său pronunțat asupra afișării emoțiilor. Acesta se datora în parte unei temeri de a nu părea milos și slab dacă și-ar fi exprimat vreun fel de sentimente. În copilărie, pacientul fusese tăcut și ascultător, frațele său cu trei ani mai mare fiind cel agresiv și independent. Deși pacientul fusese întotdeauna un student bun,

nu se simțise niciodată în siguranță printre cei de vârsta lui. Se agăța permanent de fratele său și de grupul de prieteni al acestuia și se afla permanent sub protecția fratelui. Pacientul petrecea mult timp cu părinții, care îi acordau toată atenția lor. Când avea 13 ani, fratele i-a murit, fiind urmat la doi ani de către tată. Aceste evenimente au avut o importanță crucială în dezvoltarea sa emoțională. După moartea celor doi bărbați mai în vârstă ai familiei, mama pacientului și-a îndreptat asupra acestuia toate nevoile ei de dependență. Îl consulta cu privire la deciziile importante, forțându-l să devină un substitut atât al tatălui, cât și al fratelui — o sarcină pentru care el era nepregătit emoțional. Nepăsarea și afișarea unei siguranțe imperturbabile nu erau altceva decât apărări împotriva nesiguranței și dependenței, care deveniseră de nesuportat din cauza așteptărilor exagerate ale mamei sale. Acest conflict s-a manifestat clar în relația pacientului cu femeile; nu își permitea să se implice emoțional, avea doar relații sexuale întâmplătoare pe care le termina întotdeauna de îndată ce femeia își manifesta interesul pentru el. Suferea de ejaculare precoce. La începutul tratamentului, acest pacient nu era nici măcar într-o mică măsură conștient de atașamentul său dependent profund care la început fusese față de mamă, și ulterior transferat asupra tatălui și fratelui mai mare. Era conștient doar de apărarea sa împotriva acestor sentimente. A te atașa emoțional de o femeie sau de un bărbat însemna slăbiciune pentru el, ceea ce îl făcea să se convingă pe sine și pe ceilalți de indiferența și răceala sa emoțională. Aceste dorințe dependente au devenit treptat conștiente în decursul tratamentului. La început, el și-a acceptat resentimentul față de mamă care, în loc să îi ofere suport, depindea de el. Într-un vis de la începutul tratamentului, mergea pe bicicletă împreună cu mama sa; el ținea ghidonul, dar a pierdut controlul și amândoi au

căzut. Mama a fost rănită și probabil a murit. Aici presupunerea asupra importanței rolului său în relația cu mama este clar exprimată. În cursul analizei, au apărut la suprafață nu doar respingerea responsabilităților, ci și dorințele sale dependente adânc înrădăcinate. Acestea din urmă constau într-un atașament infantil față de mamă combinat cu o atitudine homosexuală pasivă care îi viza inițial pe tată și pe fratele mai mare. Dorințele homosexuale erau supracompensate printr-o competitivitate agresivă, dar de îndată ce aceste apărări au fost abordate, dependența refulată s-a manifestat deschis în atitudinea sa transferențială. La acel moment, el și-a conștientizat atitudinea dependentă față de mamă, astfel încât a putut să-și învingă acest sentiment la nivel conștient, în loc să-l refuleze și să-l nege prin arborarea unei nepăsări de fațadă. El a reușit treptat să renunțe din ce în ce mai mult la dependența excesivă și să-și asume o atitudine mai matură. O dată cu aceste schimbări interne a avut loc și o modificare profundă în relațiile sale cu femeile. S-a îndrăgostit de o tânără, și pentru prima dată în viață a rezultat o relație sexuală fericită și de durată. Ulterior s-a căsătorit cu ea. Totodată, disconfortul său stomacal s-a diminuat și el a putut să aibă o dietă normală, doar ocazional mai apărând neplăceri minore.

Tratamentul acestui pacient a durat zece luni, timp în care au avut loc 36 de ședințe. Evoluția bolii sale a fost urmărită pe parcursul următorilor trei ani și ocazional pacientul a fost văzut în interviuri terapeutice. A avut două recăderi ușoare, prima la scurt timp după căsătorie, când a acceptat o slujbă foarte solicitantă în străinătate și a fost nevoit să aibă o alimentație necorespunzătoare. Cea de-a doua recădere a avut loc cu câteva săptămâni înainte ca soția să nască primul lor copil și

într-o perioadă în care mama lui se gândea să se recăsătorească. El a început să fie stresat și s-au semnalat unele dificultăți conjugale. Soția a răspuns la irascibilitatea și nemulțumirea lui printr-o retragere emoțională. Reziduurile atașamentului său dependent din trecut față de mamă, pe care îl transferase într-o oarecare măsură asupra soției, au fost mobilizate de aceste două evenimente întâmplătoare. Bebelușul îi amenința dependența față de soție, iar căsătoria inevitabilă a mamei sale îi reactualizase vechiul atașament față de aceasta.

Într-o serie scurtă de consultații, pacientul a perlaborat această răbufnire a vechiului conflict și și-a recăpătat echilibrul emoțional și fizic dinainte. Dificultățile maritale, cauzate în parte de reacția soției la primul lor copil, s-au diminuat și ele treptat. La ultima ședință, plângerile pacientului se limitau la un ușor disconfort stomacal resimțit dimineața la trezire. Urma o alimentație normală și singura sa medicație era o doză de atropină administrată seara.

În acest caz, schimbarea de personalitate realizată prin intermediul terapiei psihanalitice a fost destul de semnificativă. Afecțiunea lui cronică s-a ameliorat considerabil; procesul patologic a fost în mod evident frânat, dar vulnerabilitatea organului grav afectat se poate să nu fie complet reversibilă.

Patternul dinamic specific în hiperfuncția gastrică

I

Frustrarea intenselor dorințe oral-receptive → răspuns oral-agresiv → vinovăție → anxietate → supracompensare pentru agresivitate orală și dependență prin realizări de succes reale în activități cu responsabilitate → crește-

rea dorințelor inconștiente oral-dependente ca reacție la efortul și concentrarea excesivă → hipersecreție gastrică.

II

Frustrare prelungită a dorințelor oral-receptive → refularea acestor dorințe → hipersecreție gastrică.

4. *Tulburări ale funcțiilor eliminării*

PSIHOLOGIA FUNCȚIILOR DEFECĂRII

După ingerarea hranei, funcțiile defecării joacă rolul cel mai important în viața emoțională a copilului. Ca și ingerarea hranei, ele sunt asociate în copilăria timpurie cu atitudini emoționale distincte. Anterior apariției psihanalizei, aspectele psihologice ale acestor funcții erau complet necunoscute sau neglijate. Aceste subiecte, în particular psihologia lor, erau excluse nu doar din conversația politicoasă, dar și de la investigarea științifică, și chiar de la investigarea medicală. S-a acumulat un volum mare de literatură psihanalitică pe această temă, conștând în datele unor observări detaliate din ultimii treizeci de ani.

În timp ce dorința de siguranță și cea de a primi sau a lua cu forța ceea ce nu este oferit de bunăvoie, aceea de a fi iubit și de a depinde de cineva sunt mai strâns legate de aspectele încorporării din nutriție, actul eliminării este asociat în viața timpurie cu sentimentele posesive, mândria reușitei și tendința de a da și de a reține. Anumite tipuri de pulsuni ostile (a ataca, a murdări) sunt, de asemenea, asociate cu aceste funcții.

Senzațiile de plăcere legate de supt sunt frustrate foarte de timpuriu în viață. Copilul reacționează la înțarcare sugându-și degetul, ceea ce părinții încearcă de regulă să împiedice. Atunci copilul descoperă că o senzație de plăcere similară poate fi obținută la celălalt capăt al tractului digestiv, prin retenția fecalelor. Și în acest loc, un obiect solid stimulează membrana mucoasă a unui organ tubular. Este mult mai dificil pentru adult să împiedice acest tip de plăcere, și prin urmare la copil se dezvoltă un sentiment de autonomie, care curând va fi asociat cu actul defecării. Cu toate acestea, copilul își pierde supremația asupra acestei funcții în timpul educării sfincteriene, când adulții încearcă să îl învețe defecarea la intervale regulate. Pentru copil acest lucru înseamnă a te supune dorințelor adulților; el este forțat să se despartă de excrement nu atunci când dorește acest lucru, ci când adulții consideră acest lucru adecvat. În schimbul supunerii, copilul primește laudele și iubirea acestora, iar uneori bunuri materiale, ca de exemplu o bomboană. În acest fel, excrementului îi este asociată ideea de posesiune. Aceasta explică legătura lui strânsă cu banii, care este una dintre descoperirile de netăgăduit ale psihanalizei. Fiecare act de defecare este apreciat de copil ca un fel de dar făcut adulților, atitudine adesea înțărîtă de interesul sporit manifestat de către mamă cu privire la excrementele copilului. (Expresia germană pentru defecarea la copil, „Bescherung“, înseamnă cadou).

Atitudinea cea mai timpurie a copilului față de excrementele sale este una coprofilă. Excrementul reprezintă o posesiune valoroasă, o sursă de plăcere și ceva ce poate fi schimbat pentru alte bunuri. Cu toate acestea, atitudinea coprofilă este inhibată prin metodele educative și transformată în opusul ei, dezgust și desconsiderare, ce vor sta la baza conotației sadic-agresive și mur-

mare atribuite actului defecării. Excrementul devine o armă de murdărire, iar actului în sine îi este atribuită o conotație depreciativă. Un exemplu în acest sens îl constituie ștrengarul mic de pe stradă care își arată ostentativ părțile posterioare și acompaniază adesea gestul printr-un fel de invitație agresivă. În perioadele ulterioare de viață, toate aceste asocieri emoționale dispar într-o măsură mai mică sau mai mare de la nivelul personalității conștiente, dar ele rămân adânc înrădăcinate în viața emoțională, astfel că pot să reapară în simptomele nevrotice ale pacienților cu tulburări mintale sau chiar în visele adulților sănătoși.

Aceste faze timpurii ale dezvoltării emoționale furnizează explicația pentru faptul că funcția defecării este asociată cu sentimentul realizării, cu a da sau a ataca, și explică totodată cum excrementul devine un simbol al posesiunii. Pentru a înțelege fundamentul psihologic al tulburărilor funcțiilor defecării, atât al diareei, cât și al constipației psihogene, cunoașterea dezvoltării emoționale din acest stadiu este de o importanță fundamentală.

DIAREEA CRONICĂ, COLITA SPASTICĂ, COLITA MUCOASĂ

Rămâne o întrebare deschisă dacă aceste forme diferite de tulburări intestinale constituie stadii diferite sau manifestări diferite ale aceleiași afecțiuni de bază. Nu există nici o îndoială că factorii emoționali joacă un rol în toate aceste tulburări. Uneori, aceștia pot avea o semnificație etiologică fundamentală. În alte cazuri, ei doar agravează o tulburare locală deja existentă.

Diareea cronică poate fi un simptom atât al tulburărilor organice, cât și al celor nevrotice, acestea putând să apară simultan, și nu este întodeauna posibil să distingem clar între factorii patologici cu origine neurogenică

și cei patologici locali. Diareea cronică simplă reprezintă adesea expresia corporală a unei boli psihonevrotice, și în anumite cazuri ea este simptomul predominant. Eliminarea zilnică a unor cantități mai mici sau mai mari de scaune lichide poate avea loc cu o frecvență mai mare sau mai mică, fiind însoțită sau nu de tenesmă (constricția intestinelor). În unele cazuri, pot să apară douăzeci până la treizeci de scaune pe zi, fără a exista semnele vreunei modificări organice. Mulți pacienți răspund cu îngrijorare și anxietate atunci când au diaree; ei o anticipează cu îngrijorare, care adesea devine elementul central al vieții lor cotidiene. Mulți dintre aceștia consideră că abaterile de la dietă ar fi factorii precipitanți, dar alții remarcă existența unei legături cu tensiunea emoțională.

O perioadă îndelungată, colita mucoasă a fost considerată o nevroză. White, Cobb și Jones (247) au conchis că aceasta este o tulburare a funcției fiziologice a colonului, determinată de activitatea excesivă a sistemului nervos parasimpatic, care la rândul său a putut fi atribuită tensiunii emoționale în 92 la sută dintre cazurile studiate. Ei au descris anumite trăsături de personalitate care par să fie caracteristice. Descoperirile psihologice ale acestora au coincis în mare măsură cu cele ale Institutului de Psihanaliză din Chicago, referitoare la diferitele forme de colită (Wilson — 251). Conștiința excesivă, dependența, sensibilitatea, anxietatea, vinovăția și resentimentul sunt trăsăturile emoționale regăsite cel mai frecvent la pacienții suferind de colită mucoasă.

Studiile psihanalitice ale pacienților suferind de diaree cronică, colită mucoasă și spastică evidențiază un conflict tipic centrat pe puternicele cerințe (oral-agresive) și dorințe receptive ale acestora. Acești pacienți încearcă să compenseze pentru dorințele lor depen-

dente prin activitate și nevoia imperioasă de a da, substituind realizările și dăruirea reală cu atacurile de diaree. Ei vor să ofere o compensație pentru toate acele lucruri pe care doresc să le primească sau să le ia cu forța de la ceilalți. Aceasta ia adesea forma îngrijorării privind anumite îndatoriri și obligații, a nevoii de a le oferi bani sau suport celorlalți, a impulsului de a se mobiliza excesiv și de a munci. Din aceste considerente, pacientul este adesea descris ca fiind excesiv de conștiincios. Concomitent însă, el manifestă o rezistență puternică legată de efortul susținut, de angajarea în activități sistematice și solicitante și de îndeplinirea acelor obligații față de care se simte constrâns emoțional. Factorul psihologic refulat asociat simptomului îl constituie nevoia puternică de a da, de a face reparație. Pacientul poate deveni dependent de ceilalți, dar simte că ar trebui să facă ceva ca să compenseze pentru tot ceea ce primește. Cu toate acestea, în locul unei realizări reale, el își satisface conștiința prin acest tip de dar infantil — conținutul intestinal.

Din acest punct de vedere, pacientul prezintă o diferență evidentă față de pacientul cu ulcer peptic, care și el supracompensează pentru tendințele sale pasive și receptive, dar o face prin extenuare reală, prin eficiență și prin comportamentul său agresiv și independent în viață. Pacientul cu diaree supracompensează pasivitatea doar prin simbolismul inconștient al actului defecării, un substitut emoțional pentru performanță reală, daruri și obligații față de ceilalți. Baza fiziologică pentru această diaree cronică determinată emoțional o constituie evident excitația cronică a activității intestinale peristaltice produsă de excesiva stimulare a căilor parasimpatice. Tendințele emoționale de a dăru și de a realiza, care apar ca o compensare pentru niște puternice tendințe re-

ceptive, sau de a lua, dacă sunt refulate și prin urmare excluse de la exprimarea voluntară, par să aibă o influență specifică asupra funcțiilor intestinului. Pulsiiunile agresive contribuie la dezvoltarea sentimentelor de vinovăție și a dorinței de a face reparație. În plus, pulsiiunile agresive pot avea un efect direct asupra simptomelor intestinale.

Un pacient în vârstă de 48 de ani suferea de diaree cronică. Această afecțiune durase opt sau nouă ani, cu anumite remisii. La început a fost descoperită o oarecare cantitate de mucus; ulterior pacientul a avut câteva scaune lichide pe zi, s-a simțit obosit și era extrem de preocupat de scaunele sale. În fiecare zi se temea de diaree, deși aceasta nu era dureroasă, și o anticipa cu groază. După evacuare se simțea extenuat, incapabil să muncească sau să se concentreze. Se putea rareori angaja într-o activitate de afaceri pe termen lung și avea nevoie de vacanțe dese, în timpul cărora starea sa se îmbunătățea considerabil. Urma o dietă strictă, evitând băuturile alcoolice, hrana indigestă, grăsimile și toate mesele grele. Diferitele medicamente au fost ineficiente. Ca mulți dintre pacienții cu colită, a reacționat favorabil la tratamentul psihanalitic, la scurt timp după începutul acestuia, diareea dispărând aproape imediat și revenind doar ocazional. A fost evident că descărcarea emoțională pe care tratamentul i-a oferit-o a dus la o ameliorare imediată a simptomului. Pe parcursul tratamentului, conflictul dintre un puternic simț al datoriei față de familie și semeni și o puternică atitudine pasiv-dependentă a devenit evident.

Pacientul se însurase într-o familie înstărită, care l-a făcut să se simtă un intrus, dar totodată aceasta făcea posibil pentru cuplu să trăiască în conformitate cu standardele cu care fusese obișnuită soția pacientului. Familia îl ajuta și finan-

ciar să-și dezvolte afacerea. Din momentul în care s-a căsătorit, viața pacientului a fost o luptă disperată pentru a se realiza prin propriul efort. El se ocupa de activitățile afacerii sale neregulat, își permitea vacanțe lungi și în același timp se revolta interior împotriva oricărui efort, dorind să ducă o viață relaxată, de călătorii, sporturi și lecturarea cărților bune — viața unui gentleman. Ședințele analitice au pus clar în evidență acest conflict, care nu fusese pe deplin conștientizat și verbalizat până atunci. Pacientul reacționa prin a avea diaree ori de câte ori nevoia de realizare, muncă și îndeplinire a obligațiilor devenea foarte intensă la el, dar rezistența de a duce la îndeplinire aceste lucruri în realitate devenea concomitent la fel de puternică. Se pare că diareea era un mod infantil de rezolvare a acestui conflict. Pentru inconștientul său, defecația încă însemna realizare și dăruire. Aceasta explică de ce după orice evacuare el sublinia sentimentul de a fi complet golit și epuizat. Defecația nu doar substituia efortul real în viață, dar îi și furniza o scuză pentru a se relaxa și a i se purta de grijă.

Un aspect interesant al acestui caz este acela că, în urmă cu aproximativ 11 ani înainte să dezvolte diareea, pacientul fusese operat de ulcer gastric. Simptomele de ulcer începuseră pe vremea când, ca student, el făcea eforturi susținute pentru a satisface o mamă ambițioasă. Pacientul se concentrase în totalitate pe a face carieră. După ce simptomele de ulcer au durat timp de cinci ani, pacientul a fost operat ca urmare a unei perforații într-un moment când el era extrem de activ, concentrându-se cu încăpățănare asupra studiilor. Diareea care a debutat 11 ani mai târziu s-a dezvoltat în urma mariajului prin care s-a îmbogățit și a devenit într-un anumit grad dependent de familia soției.

Acest caz demonstrează că este eronat să se presupună că anumite tulburări psihogene se dezvoltă doar la anu-

mite tipuri de personalitate. Boala organică poate fi corelată cu anumite situații psihodinamice, dar nu cu tipurile de personalitate. Este evident că, în cazul prezentat, aceeași personalitate a fost expusă la situații conflictuale diferite. Pe vremea studenției, pacientul a muncit din greu și a reacționat la aceasta printr-o puternică nevoie de dependență, pe care nu și-a admis-o sieși. Ca urmare, s-a dezvoltat ulcerul peptic. Pe când trăia în belșug, dar în dependență emoțională față de familia înstărită a soției, a apărut un simț puternic al datoriei de a munci din greu, pe care el îl împlinea fără entuziasm, întrerupându-și activitatea ori de câte ori era posibil. La acest moment a apărut diareea cronică. Diareea era o modalitate de atenuare a acestui simț al datoriei printr-o formă primitivă de dăruire și realizare.

Cu toate că măsurile privind dieta pot fi benefice în aceste cazuri, scopul principal al terapiei trebuie să vizeze eliminarea tulburării emoționale. Ca în toate nevrozele de organ, curele de odihnă și tratamentul cu sedative pot ameliora simptomele, dar afecțiunea propriu-zisă poate fi vindecată doar prin psihoterapie.

În cazurile de diaree cronică și de colite spastice și mucoase, importanța abordării psihoterapeutice a fost demonstrată de studiile sistematice din cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago, care au arătat că majoritatea pacienților pot renunța la continuarea restricțiilor de dietă după o terapie psihanalitică reușită.

COLITA ULCERATIVĂ

Începând cu publicațiile lui Murray (173, 174) și ale lui Sullivan și colaboratorilor săi (222, 41), importanța factorilor emoționali în precipitarea și evoluția clinică a

colitei ulcerative a fost recunoscută pe scară largă. Studii mai mult sau mai puțin sistematice ale unor serii de cazuri au fost publicate de Wittkower (254), Daniels (56, 57, 58), Lindemann (141), Groen (106) și Ross (196); Jackson (123) și Rosenbaum și Kapp (195) au expus cazuri izolate; iar Melitta Sperling (218) a prezentat observații psihanalitice bazate pe tratamentul a doi copii cu colită ulcerativă. Dar în ciuda materialului clinic semnificativ, factorii psihodinamici specifici prezenți la acești pacienți nu au fost pe deplin elucidați.² Mecanismele fiziologice concrete responsabile pentru procesele patologice din membrana mucoasă a intestinului gros sunt, de asemenea, controversate.

Cu toate acestea, cel cu un interes temeinic în acest subiect nu poate să nu fie impresionat de reapariția constantă a anumitor observații și formulări psihodinamice. Murray, care a expus primul studiu sistematic a 12 cazuri, a descoperit că conflictele centrate pe relațiile maritale erau factorul psihologic cel mai frecvent în precipitarea bolii. Conflictele legate de relațiile sexuale și mai precis de sarcină și avort apar la un număr considerabil de cazuri. Sullivan, ale cărui observații detaliate au influențat în mare măsură cercetarea ulterioară, a subliniat că nu este prezent nici un tip specific de situație precipitatoare „... ci, în fiecare caz... pacientul fusese implicat într-o situație adaptativă care era dificilă pentru el ca individ și la care răspunsese cu tensiune și anxietate”.

A fost subliniat de către unii cercetători faptul că pacientul cu colită ulcerativă se deosebește de pacienții suferind de alte forme de colită cu privire la organizarea narcisică a personalității. În plus, Daniels a remarcat pre-

² Trebuie precizat că, exceptând un singur caz descris de Daniels, nici un pacient adult nu a fost supus la ceea ce ar putea fi considerată o psihanaliză în adevăratul sens al cuvântului.

zența unei componente autodistructive suicidare. Lindemann a fost impresionat de sărăcirea relațiilor interumane la acești pacienți. Groen a încercat să descrie un profil reprezentativ al personalității caracteristice pentru acești pacienți, pe baza studiului său asupra a șase cazuri, dar mărimea acestui eșantion al lui nu permite validarea unor astfel de generalizări. Mai mult, doar trăsăturile de caracter manifeste au fost luate în considerare, nu și factorii dinamici. Melitta Sperling a încercat reconstrucția unei situații conflictuale tipice acestor pacienți și a ajuns la concluzia că colita ulcerativă reprezintă „dramatizarea somatică” a melancoliei. Ea a sugerat că organismul este atacat de obiectul ostil agresiv încorporat și încearcă să se elibereze prin eliminare anală imediată. Majoritatea autorilor fac o referire la organizarea emoțională pregenitală regresivă a acestor pacienți, la caracteristicile lor anale dominante, la dependența lor neobișnuit de puternică față de mamă, combinată cu ambivalență, ceea ce determină refularea pulsionilor sadic-ostile.

Studiile de la Institutul de Psihanaliză din Chicago arată predominarea acelor factori emoționali care în perioada timpurie a vieții sunt asociați funcțiilor excretorii și alimentare. Din acest punct de vedere, pacienții cu colită ulcerativă se aseamănă mult cu cei suferind de alte forme de diaree. Dacă este posibilă o diferențiere psihodinamică între această formă și restul colitelor se va putea ști doar după studii detaliate viitoare ale materialului inconștient și structurii personalității. Faptul că mulți pacienți cu colită au o capacitate de integrare a Eului relativ slabă și prin urmare există o tendință la proiecție și episoade psihotice s-ar putea dovedi întru câtva semnificativ.

Materialul psihologic prezent care reapare în mod vădit la acești pacienți este cel mai bine înțeles pe baza

psihodinamicilor generale ale funcției excretorii. Doi factori emoționali sunt evidenți în precipitarea bolii și în producerea recăderilor. Unul este frustrarea tendinței de a duce la bun sfârșit o datorie, fie ea biologică, morală sau materială, iar cel de-al doilea este frustrarea ambiției de a realiza ceva ce necesită un consum susținut de energie. La femei, aceasta constă cel mai adesea în conflicte legate de problema de a naște un copil sau de a se ridica la nivelul responsabilităților materne. În anumite cazuri, presiunea obligațiilor financiare joacă un rol izbitor. Portis citează istoricul unei paciente care arată acest tip de dinamici emoționale.³

O tânără căsătorită de 6 luni a început să sufere de o colită ulcerativă timpurie. Sub îngrijire medicală..., intestinul s-a calmat complet — nici o sângerare, scaune de consistență normală și o senzație de sănătate înfloritoare. După trei luni de îngrijiri medicale, pacienta s-a plâns de o reparație bruscă a diareei în dimineața duminicii precedente. Interviu atent a arătat că nu avusese vreo emoție exagerată în seara din ajun. Luase masa acasă sâmbătă și duminică, își urmase dieta cu strictețe și își luase medicamentul conform prescripției. La aproximativ o oră după micul dejun, în timp ce munea prin preajma locuinței, diareea a apărut. Fiind întrebată suplimentar despre întâmplările din acea duminică dimineață pe când era acasă cu soțul său, a negat la început că s-ar fi întâmplat ceva neobișnuit, dar examinarea ulterioară a dezvăluit că soțul o întrebase mai în glumă, mai în serios: „Cum rămâne cu cei 400 \$ pe care ți i-am împrumutat când ne-am căsătorit pentru a-ți cumpăra trusoul? Când am să-i primesc înapoi?” Ea nu avea cei 400\$. S-a simțit vizibil tulburată, a regresat la o modalitate

³ S. Portis: „Newer Concepts of the Etiology and Management of Idiopathic Ulcerative Colitis”, *J.A.M.A.* 139:208, 1949.

infantilă și a făcut diaree. Când analistul i-a subliniat asocierea cu banii și incapacitatea sa de a-i restitui altfel decât prin mișcări intestinale, boala i-a încetat imediat — țineți cont, fără nici o schimbare a dietei sau îngrijirilor medicale. Această pacientă a făcut ulterior față întregii perioade de sarcină, fără altă reapariție a simptomelor.

Obligațiile financiare care sunt peste posibilitățile pacientului sunt un factor frecvent în anumite forme de diaree. Acest lucru a fost recunoscut de Abraham (4), care a descris legătura la nivel emoțional dintre defecație și cheltuirea banilor. De aceea este posibil ca problemele financiare să nu fie un stimul specific în dezvoltarea colitei ulcerative, ci să servească drept stimul general pentru activarea mișcărilor intestinale, care pot precipita un atac într-un organ deja bolnav. Întrebarea dacă conflictele emoționale caracteristice colitei ulcerative sunt diferite de cele din alte forme de diaree rămâne încă deschisă. Ceea ce pare a fi sigur este că toate formele de stimuli emoționali anal-regresivi au o legătură specifică cu activitatea colonului.

Primul simptom de colită ulcerativă apare frecvent când pacientul se confruntă cu o situație de viață ce presupune vreo realizare mai importantă în vederea căreia pacientul se simte nepregătit. Componenta psihodinamică poate fi cel mai bine înțeleasă pe baza aprecierii emoționale făcute de copil actului defecării, ce semnifică renunțarea la un bun prețios, pe de o parte, și o realizare, pe de alta. La persoanele cu acest tip de fixație emoțională poate avea loc o regresie la forma anală de dăruire sau realizare ori de câte ori dorința sau nevoia de a dăruia apare ulterior în viață sau realizarea unei ambiții la un anumit stadiu al vieții adulte este blocată de inhibițiile nevrotice. Cu toate acestea, ar trebui subliniat că regre-

sia anală de acest tip este extrem de comună în toate feliurile de diaree și la psihonevroticii care nu prezintă vreun simptom somatic. Un anumit factor somatic local specific poate fi responsabil de faptul că la unii pacienți regresia anală produce ulcerarea intestinală. Este foarte probabil ca factorii specifici să se dovedească a nu fi de natură psihologică, ci să țină de particularitățile mecanismelor fiziologice mobilizate de stimulii emoționali.

Deși ar putea fi prematur să renunțăm la posibilitatea ca baza psihodinamică din colita ulcerativă să aibă o particularitate specifică neîntâlnită în alte forme de tulburări intestinale însoțite de diaree, trebuie tras un semnal de alarmă în ceea ce privește graba anumitor autori de a interpreta descoperirile psihologice referitoare la acestea și la alte boli organice ca având întotdeauna natură cauzativă. Simptomele organice de tipul diareei le dau pacienților posibilitatea să utilizeze simptomul în scopul nevoilor lor psihonevrotice. Pacienții suferind de diaree, indiferent de cauza acesteia, exploatează adesea acest simptom emoțional pentru o exprimare simbolică a stării de a fi epuizat, complet „golit”, și îl pot utiliza ca o expresie simbolică a castrării. Reconstrucțiile psihodinamice ale Melitiei Sperling pot fi elaborări secundare simbolice ale diareei existente. Fantasma eliminării unei mame rele, periculoase, ce a fost încorporată este probabil o utilizare secundară a simptomului pentru nevoi emoționale inconștiente, mai degrabă decât cauza acestuia. Factorii psihodinamici determinanți sunt probabil mult mai primitivi și au o natură mai puțin elaborată. Actul excreției ca un mod de dăruire a unui cadou, de îndeplinire a unei obligații sau ca realizare, împreună cu conotația ostil-agresivă ulterioară atribuită defecării sunt factorii psihodinamici fundamentali ce au o relație causală cu tulburările intestinale funcționale.

Cu privire la mecanismele fiziologice, o lucrare de Portis (181) merită să fie amintită în mod special. El urmează ipotezele originale ale lui Murray, iar mai explicit pe cele ale lui Sullivan, că boala are o componentă neurogenă. Anumite situații emoționale conflictuale transmit o excitație nervoasă prin intermediul centrilor vegetativi pe calea căilor parasimpatice către colon. Sullivan a presupus că forța exercitată la nivel digestiv de conținutul lichid în mișcare rapidă al intestinului subțire este mai mare decât în mod normal sau capacitatea de apărare a membranei mucoase a colonului ar putea fi scăzută. Cu toate acestea, o digestie superficială la nivelul mucoasei colonului are loc și pregătește calea invaziei bacteriene. În acest fel apare ulcerarea acută. Portis acceptă în linii generale această teorie. Opinia lui se fundamentează pe cercetarea experimentală a lui Karl Mayer ș.a. (155,156) că, datorită influențelor parasimpatice, lizozima, o enzimă mucolitică, crește cantitativ și lasă mucoasa fără mucina ei protectoare, astfel că aceasta devine mai vulnerabilă la acțiunea enzimei triptice prezente în conținutul intestinal. Conform lui Portis, localizarea inițială a ulcerăției este întotdeauna în acea parte a intestinului gros aflată sub controlul nervos al segmentului pelviosacral al sistemului parasimpatic. De aceea, localizarea simptomelor în fazele incipiente este importantă și confirmă observația psihiatrică conform căreia stimulii psihologici implicați au legătură cu actul defecației.

Importanța relativă a factorilor constituționali proprii privitori la vulnerabilitatea mucoasei colonului — adică perturbarea mecanismelor fiziologice cauzată de o boală locală anterioară la nivelul colonului —, invazia microorganismelor și situațiile emoționale conflictuale nu pot fi evaluate în stadiul prezent al cunoașterii. Este important să se țină cont de faptul că același tip de situație

conflictuală se întâlnește și la pacienții suferind de nevroză compulsivă, și la cei care au simptome paranoide, aceștia putând să nu prezinte vreo tulburare intestinală semnificativă sau vreun fel de simptome somatice. Este probabil ca un factor somatic local precum cel sugerat de Murray, Sullivan și Portis să determine dacă evitarea regresivă a unei situații de viață conflictuale la un pacient produce simptome doar la nivel psihologic (simptome obsesiv-compulsive, trăsături caracteriale compulsive sau deliruri paranoide) și în alte cazuri duce la unele tulburări organice intestinale.

Patternul dinamic specific în diaree

Frustrarea dorințelor intense de dependență orală → reacții oral-agresive → vinovăție → anxietate → supra-compensare pentru agresivitatea orală prin nevoia de a dărui (restituire) și de a realiza → inhibiție și eșec în efortul de a dărui și de a realiza → diaree.

CONSTIPAȚIA PSIHOGENĂ CRONICĂ

Constipația psihogenă cronică trebuie să fie delimitată de constipația semnalată în colita spastică. În unele cazuri, constipația este singurul simptom gastrointestinal. Deși aceasta poate fi o manifestare a oricăreia dintre diferitele boli organice, ea se datorează de regulă unui factor psihologic. Descoperirile psihogene în cazurile de constipație cronică sunt reprezentative și constante: o atitudine pesimistă, defetistă, suspiciune sau lipsa încrederii în ceilalți, sentimentul de a fi respins și neiubit sunt adesea observate la acești pacienți. Într-o formă amplificată, această atitudine este remarcată atât în paranoia, cât și în melancolia gravă. Pacienții constipați cronic prezintă

semnele ambelor atitudini: suspiciunea din paranoia și pesimismul și defetismul din melancolie. Concordante sunt studiile lui Alexander și Menninger (15), care au ajuns la concluzia că un grup semnificativ statistic de pacienți suferind de deliruri persecutorii suferea și de constipație severă; pacienții melancolici prezintă, de asemenea, o predispoziție clară la constipație.

Nuanța emoțională a constipației psihogene cronice poate fi descrisă după cum urmează: „Nu pot aștepta nimic de la nimeni, și drept urmare nu sunt nevoit să dau nimic. Trebuie să țin de ceea ce am”. Această atitudine posesivă, care este rezultatul sentimentului respingerii și suspiciunii, se manifestă în consecință la nivel organic prin constipație. Excrementul este reținut ca și cum ar fi o posesiune valoroasă; această manifestare corespunde atitudinii coprofile timpurii a copilului. O altă descoperire psihologică, de regulă mai refulată, o constituie o atitudine agresivă și deprecia-tivă inconștientă la adresa celorlalți, care la rândul său poate fi o reacție la sentimentul general de a fi respins. Această atitudine este adânc refulată și inhibată; inhibiția se extinde asupra funcției defecării, care are pentru viața inconștientă semnificația unui atac ostil și de murdărire.

Următorul caz este ilustrativ:

O tânără căsătorită de doi ani suferea de constipație cronică de când se căsătorise. Erau folosite clisme zilnice. Investigațiile fizice repetate ieșeau întotdeauna negative. Înaintea analizei, pacienta a fost ținută sub observare câteva zile într-un spital, pentru tulburări interne, iar raportul arăta: „Examinarea organică negativă, constipație neurastenică”. Analiza a evidențiat următoarea situație:

Pacienta și-a început căsnicia așteptând multă iubire și tandrețe, dar soțul ei era un artist al cărui interes principal îl constituia profesia. Era cu totul orb la nevoile emoționale ale unei tinere femei și a continuat să ducă un fel de viață celibatară după căsătorie. Tânăra soție manifestase o intensă dorință conștientă de a avea un copil, dar soțul o refuzase din considerente financiare și pentru că dorea să se dedice total artei sale. Timp îndelungat, analiza nu a furnizat nici un indiciu referitor la simptom, deși apărea limpede că era cumva legat de reacția emoțională a femeii la comportamentul soțului. Ca să-și formeze o imagine proprie asupra soțului, terapeutul a cerut să-l întâlnească. Acest interviu a confirmat descrierea pacientei. Părea a fi un tânăr interesant, dar centrat în totalitate pe sine, care era naiv și neexperimentat în relația cu femeile. Era incapabil să înțeleagă afirmația terapeutului că soția sa era practic nemulțumită de căsătorie, chiar dacă ea însăși nu voia să recunoască asta și își refulase nemulțumirea pe cât posibil. Ea trăise cu iluzia că era fericită în căsnicie și nu își exprimase niciodată direct vreo nemulțumire la adresa soțului său. De câte ori spunea ceva care suna ca o învinuire la adresa soțului, o făcea sub formă de glumă, ca și cum ar fi fost un fleac nedemn de luat în seamă. Pentru a-i explica soțului lipsa de atenție față de soție, terapeutul a folosit un exemplu pe care pacienta i-l spusese ca fiind reprezentativ pentru viața lor de cuplu: din prima zi a căsătoriei lor, soțul nu îi adusese niciodată ceva cât de mic în semn de atenție — flori sau orice altceva. Interviul a lăsat o impresie puternică asupra soțului și acesta a părăsit cabinetul cu o conștiință vinovată. Ziua următoare, pacienta a relatat că pentru prima dată în doi ani avusese spontan scaun înainte de a-și face clisma zilnică. Aparent fără nici o legătură, a mai relatat și că soțul îi adusese un buchet frumos de flori pentru prima dată de când erau căsătoriți. Influența catartică a acestor flori a fost

nostimă și ne-a furnizat primul indiciu asupra fondului psihic al simptomului. Această femeie folosisese o modalitate infantilă pentru a-și exprima supărarea față de soț ca răspuns la comportamentul lui lipsit de dragoste. Constipația pacientei exprima o reacție infantilă pe care ea nu voia să și-o admită și pe care nu o manifestase niciodată deschis. Își exprima resentimentul produs de atitudinea neiubitoare a soțului în această manieră deghizată și infantilă. Într-adevăr, prima dată când soțul a fost generos, ea a devenit la rândul ei generoasă și a renunțat la încăpățănare, adică la constipația care debutase la câteva săptămâni după căsătorie. Analiza ulterioară a dovedit că peste acest nucleu infantil advers s-a suprapus o altă motivație — anume dorința de a rămâne însărcinată. Constipația era o reacție la refuzul soțului de a avea un copil. Identificarea inconștientă a copilului cu excrementul a constituit baza acestei reacții. Pacienta constipată a acceptat acest insight în decursul unei analize care a durat relativ puțin. Ea nu a mai putut să se autoamăgească în legătură cu profunda nemulțumire legată de comportamentul soțului, dar din moment ce resentimentul ei devenise conștient, nu mai era nevoie să fie exprimat în acest mod deghizat. Trebuia acum să se confrunte cu problema ei conjugală la nivel conștient. După ce analiza s-a încheiat, constipația nu a mai revenit. Faptul că la câțiva ani după cură a născut un copil a contribuit probabil la permanența acestui succes terapeutic.

O confirmare interesantă a acestor concepte a fost furnizată de studiul clinic menționat anterior asupra relației dintre delirul de persecuție și constipația psihogenă cronică. Alexander și Menninger au descoperit într-un studiu statistic faptul că din 100 de cazuri cu delir de persecuție 72 de procente sufereau de constipație, comparativ cu 100 de cazuri de control, la care incidența con-

stipației era de doar 26 de procente. Pe baza materialului psihodinamic s-a conchis că frecvența constipației la pacienții suferind de delir de persecuție este în principal determinată de conflictul legat de tendințele sadic-anale care sunt negate și proiectate. Ei au descoperit că pacienții cu depresii sunt, de asemenea, predispuși la constipație. Această corelație se datorează cel mai probabil atitudinii lor emoționale. Se simt respinși și nu se așteaptă să primească nimic de la ceilalți. De aici tendința lor de a ține de posesiunea lor și de cea mai primitivă formă a acesteia, conținutul intestinal.

Constipația cronică este adesea considerată un simptom banal și, în majoritatea cazurilor, o abordare a simptomului, prin măsuri alimentare, laxative, clisme sau masaj, este suficientă pentru toate scopurile practice. Pe de altă parte, acest simptom poate fi manifestarea unei tulburări emoționale profunde, și atât psihanaliza, cât și procedeele terapeutice mai scurte centrate pe descoperirea conflictelor inconștiente obțin adesea rezultate remarcabile. Mulți pacienți care timp de ani întregi au fost obișnuiți să folosească laxative au putut să renunțe la orice utilizare adițională a medicamentelor, ca rezultat al terapiei. Desigur, constipația este doar una, și adesea nici măcar cea mai semnificativă, manifestare a unei tulburări legate de așteptarea emoțională a pacientului față de viață și semenii, și în aceste cazuri psihoterapia trebuie să aibă ca scop o reorientare a personalității totale.

Factorii emoționali în tulburările respiratorii

Influența pe care o au emoțiile asupra funcției respiratorii este bine cunoscută în viața cotidiană. Senzația bruscă de sufocare întâlnită în stările anxioase este descrisă prin expresii de genul: „îți ia suflul” sau „mi-a tăiat respirația”. Oftatul reprezintă o formă comună de expresie pentru deznădejde. Plânsul este un alt fenomen complex în care este implicată faza expiratorie a respirației. Iar mai presus de toate, respirația este o componentă importantă în actul vorbirii.

Datorită acestei corelații strânse dintre tensiunile emoționale și funcțiile respiratorii, este probabil ca în majoritatea bolilor ce implică organele aparatului respirator factorii psihologici să joace un rol important. În literatura de specialitate există observații izolate care descriu influența emoțiilor în precipitarea tuberculozei (Coleman, Benjamin — 29). Cu toate acestea, studiile sistematice din acest domeniu s-au limitat până în prezent la astmul bronșic.

ASTMUL BRONȘIC

În astm, ca și în alte tulburări ale funcțiilor vegetative, acțiunea factorului emoțional se bazează pe reacțiile fiziologice la stimulii emoționali. Simptomele reprezintă reacții exagerate și cronice la anumite emoții; natura exagerată și cronică a acestora se datorează în principal faptului că stimulul emoțional este de natură inconștientă, întrucât el nu poate fi acceptat de latura conștientă a personalității. Istoria științei medicale cu privire la componentele emoționale din astm este îndelungată. Până la descoperirea fenomenelor alergice, astmul era considerat în primul rând o boală nervoasă și este menționat în manualele medicale mai vechi ca *asthma nervosa*. O dată cu apariția imunologiei moderne, în cadrul căreia fenomenul anafilactic a reprezentat o piatră de temelie, atenția s-a concentrat pe componenta alergică, iar vechea viziune asupra astmului ca boală nervoasă a ajuns să fie considerată depășită. Mai recent, în era orientării psihosomatice, etiologia emoțională a astmului a fost readusă în prim-plan. Observațiile clinice cu caracter izolat referitoare la o mare varietate de factori precipitanți ai crizei de astm sunt numeroase. Aceștia au fost trecuți în revistă într-o monografie scrisă de French și Alexander (89), iar anterior acesteia de Dunbar (74) și Wittkower (253). O mare varietate de factori emoționali au fost menționați de diferiți observatori; printre aceștia figurează aproape orice stimul de natură emoțională a cărui acțiune este bruscă și intensă — excitația sexuală, anxietatea, gelozia și criza de furie. Viziunea asupra cazurilor de astm așa cum apare în acest capitol se fundamentează în principal pe studiile făcute în cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago și des-

crise detaliat în monografia amintită anterior. În aceste studii s-a descoperit că, în spatele acestei varietăți derutante de factori emoționali, se poate discerne o constelație psihologică centrală.

În prezentul capitol vor fi discutați doar factorii psihodinamici fundamentali în relația lor cu alergია. Factorul psihodinamic central îl reprezintă un conflict axat pe o dependență excesivă și nerezolvată față de mamă. Ca apărare împotriva acestei fixații infantile se pot dezvolta toate tipurile de trăsături de personalitate. Prin urmare, printre persoanele suferind de astm găsim numeroase tipuri de personalitate: persoane agresive, ambițioase, argumentative, temerare și, de asemenea, tipurile hipersensibile, cu înclinații estetice. Unii astmatici sunt caractere de tip compulsiv, pe când alții au mai degrabă natură isterică. Ar fi inutil să definim un profil caracteristic bolnavului de astm; nu există un astfel de profil. Cu toate acestea, dependența refulată față de mamă este o trăsătură constantă în jurul căreia se pot dezvolta diferite tipuri de apărări caracteriale. Acest tip de dependență pare să aibă o conotație diferită față de cea regăsită în nevrozele manifestate prin simptome gastrice sau ulcer. Conținutul acesteia nu este atât de mult legat de dorința orală de a fi hrănit; este mai mult o dorință de a fi protejat — de a fi conținut psihic de către mamă sau imagoul matern. Spre deosebire de cazurile de ulcer, nu predomină fantasmele legate de hrănire și alimente. În schimb, apar frecvent fantasme despre viața intrauterină, sub forma simbolismului apei sau a cavităților în care se poate intra, spații închise etc. (French, Alexander *et al.* — 89). Tot ceea ce riscă să îl separe pe pacient de mama protectoare sau substitutul acesteia este în măsură să precipite o criză de astm. La copii, evenimentul nașterii unui frate care amenință să

capteze atenția mamei se regăsește cu o uimitoare frecvență la debutul bolii astmatice. La adulți, tentația sexuală sau un iminent mariaj poate constitui un factor precipitant. Pentru tânăra fată, acceptarea funcției biologice a feminității este punctul de cotitură în dezvoltarea individuală, ce o separă pe aceasta de mama sa. Ea devine astfel concurenta mamei, în loc de a mai fi copilul dependent de ea. În cazul fiului, dorințele incestuoase sunt cele care amenință relația de dependență față de mamă. S-a constatat că cele mai multe mame de astmatici sunt foarte sensibile la manifestările atracției fizice a fiului față de ele și reacționează la acestea prin retragere sau chiar respingere. O combinație între seducție maternă inconștientă și respingere fățișă este una dintre situațiile cel mai frecvent regăsite în istoricul cazurilor de astm. Căsătoria iminentă a fiului devenit adult aduce în prim-plan acest conflict dintre atașamentul dependent față de mamă și mai matura iubire sexuală pentru logodnică, conflict care adesea marchează debutul bolii de astm.

Pulsiunile ostile îndreptate împotriva obiectului iubirii pot, de asemenea, să amenințe relația de dependență și astfel să provoace un atac. Totodată, se pare că orice efort brusc care solicită o funcționare autonomă a individului poate să reactiveze conflictul adânc înrădăcinat dintre tendințele către independență și cele spre dependență și să precipite astfel criza de astm.

În concordanță cu aceste concluzii, în viața pacienților astmatici se regăsește ca motiv recurent un istoric de respingere maternă. Copilul care încă depinde de îngrijirea maternă răspunde în mod firesc la respingerea din partea acesteia prin sentimentul unei insecurități crescute și printr-o cramponare mai mare de aceasta. În alte cazuri s-a constatat că mamele copiilor astmatici insistau

să-i facă pe aceștia independenți prea de timpuriu. Prin forțarea copilului către o independență care este încă inacceptabilă pentru acesta, ele obțin tocmai opusul, rezultatul fiind o insecuritate crescută a copilului și o cramponare dependentă.

Istoricul succint al unui veteran de 22 de ani, suferind de astm, poate ilustra în mod concret aceste considerații psihodinamice.

Prima criză de astm a apărut când pacientul s-a întors în permisie de la operațiunile militare din Pacific, unde activa ca pilot. El plecase pe frontul din Pacific la scurt timp după ce se căsătorise și primise această permisie după aproximativ opt luni. La întoarcerea acasă fusese întâmpinat de către părinții și soția sa, iar după o oprire scurtă acasă cu părinții, el a plecat cu mașina mai departe, însoțit doar de soție, spre o casă pe care o primiseră ca dar, surpriză de la tatăl pacientului. În aceeași noapte, pacientul s-a trezit având o criză severă de astm și a mai avut astfel de crize în următoarele nopți. Investigațiile de laborator făcute au arătat că pacientul era alergic la o mare varietate de tipuri de polen, păr de pisică și praf de casă, însă toate încercările de desensibilizare au rămas fără nici un rezultat. Pe perioada spitalizării, el a reacționat favorabil la câteva interviuri psihiatrice luate de o asistentă socială și crizele sale au încetat pentru scurt timp. Ulterior, când pacientul a auzit că mama sa trebuia să facă o operație, a avut o recidivă. După alte interviuri psihiatrice în timpul cărora a descărcat afecte violente, starea i s-a ameliorat din nou. La acest moment era deja eliberat din serviciul militar. Întrucât nu-și găsisese de lucru, își petrecea timpul ajutându-și tatăl în afacerea pe care o avea acesta. O dată cu rărirea crizelor de astm, pacientul a devenit capabil să-și îndeplinească îndatoririle în cadrul afacerii tatălui. La mo-

mentul la care l-am intervievat el lucra, putându-și întreține familia în mod adecvat. Doar ocazional mai avea crize ușoare de astm pe timpul nopții. El mi-a furnizat o vie descriere a înșiruirii evenimentelor care au dus la prima sa criză.

Întorcându-se din străinătate, a fost întâmpinat în stație de către părinți și soție și a aflat despre moartea fratelui său, a cărui vârstă era apropiată de cea a pacientului, frate ce făcuse parte din Air Force, la fel ca și pacientul. Pacientul fusese foarte apropiat de acest frate, totuși reacționase destul de lipsit de emoție la aflarea veștii morții lui. El a încercat să pună acest lucru pe seama faptului că, pentru o perioadă, fratele fusese dat dispărut în circumstanțe care nu lăsau loc decât suspiciunii că se întâmplase ceva nefast. S-a simțit atât de dezorientat la revederea cu familia și confruntarea bruscă cu adevărul asupra morții fratelui, încât aproape că a uitat de prezența soției. De la stație, ei au mers într-o scurtă vizită la casa pacientului. Aceștia au sugerat ca pacientul să meargă împreună cu soția să viziteze niște prieteni. Soția a condus mașina și, în loc să meargă la acești prieteni, a pornit spre casa nouă, spunându-i pacientului că prietenii se mutaseră. Au ajuns la această casă și, când au bătut la ușă, din casă au ieșit părinții care i-au dăruit pacientului cheile noii lor case, după care au plecat imediat, lăsându-l pe acesta singur cu soția. El a avut sentimente ambivalente legate de toată această situație și la început a ezitat să accepte acest dar generos. A simțit că luase în acel moment locul fratelui său, pe care tatăl îl preferase dintotdeauna pacientului. Ulterior a decis să rămână și, la scurt timp el, și soția au avut raport sexual. După aceea pacientul a adormit și s-a trezit mai târziu din cauza unui șuierat violent. Neînțelegând ce i se întâmplase, a fost cuprins de groază și a crezut că va muri. Noaptea următoare a avut loc o criză chiar mai severă. Pacientului i-

a fost administrat tratament în spital, dar acesta s-a dovedit complet inefficient. Un studiu anamnezic detaliat a scos la iveală următorul istoric.

Pacientul era copilul mijlociu al unei familii cu o condiție socială medie. Tatăl era un avocat de origine franceză. Pacientul avea doi frați, cu 4, respectiv, 6 ani mai mari, și o soră cu 5 ani mai mică. Fratele mai apropiat ca vârstă de pacient era genul puternic și athletic; pacientul era lipsit de vlagă și uscățiv. Fratele era dintotdeauna preferatul tatălui; mama își dorise ca pacientul să fi fost fată. Când s-a născut sora sa, el a simțit că pierduse prețioasa poziție de bebeluș al familiei. În ciuda neajunsurilor sale fizice, juca în echipa de fotbal, obținuse rezultate bune în atletism și era foarte ambițios în privința studiului, fiind întotdeauna considerat printre cei mai buni elevi din clasă. La începutul războiului, fratele său a intrat în Air Corps, iar pacientul l-a urmat curând. La patru zile după ce se căsătorise, el a plecat pe front, unde a participat activ în luptă. La cererea sa, a devenit tanchist după ce doi dintre prietenii săi muriseră având aceeași calificare. Pacientul trăise anxietăți intense pe front, dar le îndurase „cu gândul la fratele său”. În două ocazii avionul său fusese lovit și el scăpase de moarte la limită. După un an petrecut pe front, a revenit acasă pentru o permisie și atunci au început crizele de astm, așa cum le-am descris.

Tema centrală în istoricul pacientului era relația sa cu acest frate, pe care îl admira și invidia deopotrivă. Pacientul își amintea că fratele fusese întotdeauna cel preferat de tată. În relația cu soția, el cerea extrem de mult de la aceasta. Voia ca ea să conducă gospodăria eficient, în același mod în care o făcea mama lui, și insista să fie o curățenie și ordine extremă. El spunea că, dacă soția nu s-ar fi ridicat la nivelul așteptărilor sale, ar fi părăsit căminul conjugal imediat.

La vremea interviurilor, pacientul avea un fiu în vârstă de un an și jumătate și soția era din nou însărcinată. El își iubea fiul, care era robust, avea oase mari și era tenace, exact ca și fratele pacientului, al cărui nume fiul îl purta. Pacientul mi-a relatat două vise. Unul avusese loc în noaptea anterioară interviului; celălalt îi rămăsese în minte foarte viu, deși îl avusese cam cu șaisprezece luni în urmă, în noaptea de după nașterea fiului său. În visul de dată mai recentă, își vedea fiul sărind de pe masa pe care se lua micul dejun, apucându-se de lustră și legănându-se cu curaj. Pacientul a început să-i dea fiului palme peste șezut și s-a trezit din acest vis lovindu-și soția. El a comentat că ar face la fel și în realitate, adăugând că fiul său era un mic bărbat încăpățânat, la fel ca și fratele pacientului. În celălalt vis, el își deschide portbagajul mașinii, scoate o unealtă pe care o azvârle cu toată puterea cât de departe poate. Această unealtă îl enervase în realitate în decursul ultimelor zile pentru că se rostogolea în portbagaj la orice schimbare a direcției.

Semnificația reală a acestui vis, prin prisma studiilor noastre aprofundate asupra pacienților astmatici, apare ca fiind tipică pentru aceștia. Ea exprimă clar rivalitatea fraternală, prin reprezentarea la nivel simbolic a dorinței de a elimina fetusul din pânțele mamei (a arunca unealta afară din mașină). În mod evident, pacientul a transferat asupra fiului o mare parte din ceea ce el probabil că a simțit față de sora care îi înlocuise rolul lui de bebeluș. După cum știm, pacientul era dependent de soție. El reacționa la adresa fiului său cu o gelozie inconștientă, pe care o exprimă în visul în care își bate fiul. Totodată, a transferat asupra fiului o parte din atitudinile față de fratele său. Aceștia erau ambii roboști, agresivi și temerari. Săritul și atârănarea de lustră erau clar un act de bravadă al acestuia față de care pacientul a simțit invidie.

În cadrul interviurilor terapeutice cu asistenta socială, pacientul a dezvoltat încă de la început un puternic atașament dependent față de aceasta și s-a lăsat în totalitate în mâinile ei. Pe parcursul acestor interviuri, el a fost capabil să-și exprime sentimentele la adresa fratelui și a devenit conștient de competiția în care se afla cu acesta; și pentru prima dată în viață și-a exprimat deschis sentimentele ostile la adresa tatălui. Chiar dacă aceste interviuri i-au adus o mare ușurare emoțională, ele nu au putut penetra dincolo de relația sa cu tatăl și cu fratele; sentimentele sale față de mamă și soție nu fuseseră încă scoase la iveală. A fost sfătuit să continue tratamentul. Pe baza istoricului acestui caz obținut de către asistenta socială și din propriile interviuri cu pacientul, pot fi reconstituiți următorii factori dinamici. Pacientul avea o atitudine foarte dependentă față de mamă, pe care a transferat-o în relația cu soția. Ca apărare destinată să compenseze aceste puternice nevoi dependente, a dezvoltat sentimentul unei intense competiții cu fratele. Aceasta explică ambiția sa excesivă la școală și comportamentul său în armată, care i-a servit ca supracompensare și negare a nevoilor pasiv dependente și totodată scopul de a câștiga iubirea părintească prin depășirea fratelui. Resentimentele la adresa surorii au fost reactivate când propriul fiu i-a amenințat poziția de dependență în relația cu soția. Evenimentele psihologice de după întoarcerea sa acasă sunt complet transparente prin prisma constelației emoționale descrise. Când și-a reîntâlnit părinții și soția la gară, el a pierdut-o complet din vedere pe cea din urmă. Auzirea veștii legate de moartea fratelui însemna pentru el la nivel inconștient că acum devenea obiectul iubirii părintești, ceea ce i-a provocat un sentiment inconștient de vinovăție. Cea mai puternică dorință a lui la întoarcerea acasă după dificultățile și privațiunile

cauzate de serviciul militar era de a mai fi din nou copilul dependent. Câteva ore mai târziu, el s-a regăsit singur cu soția în noua casă. Totul era acum pentru el inversat din punct de vedere emoțional. Cheia noului cămin simboliza faptul că el era pe propriile picioare, separat de părinți, un bărbat matur. S-a retras pe plan emoțional din fața acestei sarcini, și dorința sa arzătoare de a fugi înapoi la mama a fost activată. Apărarea împotriva acestei dorințe a constituit factorul central care i-a precipitat criza de astm.

Acum suntem în măsură să răspundem la întrebarea de ce și în ce mod o astfel de dorință refulată legată de mamă ar produce spasmul bronhiolilor, care reprezintă baza fiziologică a crizelor de astm. Pe baza unui studiu psihanalitic de caz, E. Weiss (243) a avansat teoria conform căreia criza de astm reprezintă un strigăt reprimat după mamă. Ulterior, Halliday a atras atenția asupra și relației dintre astm și plâns (109). Această idee a fost susținută în continuare de faptul că mulți dintre pacienții cu astm relatează în mod spontan despre dificultatea lor de a plânge. Mai mult, s-a observat în repetate rânduri cum crizele de astm încetau când pacientul putea să-și dea frâu liber sentimentelor prin intermediul plânsului.

O altă observație importantă se referă la ameliorarea imediată ce apare la un număr de cazuri după ce pacientul a mărturisit ceva care îl făcea să se simtă vinovat și din cauza căruia aștepta să fie respins (French și Johnson — 90). Confesiunea duce la stabilirea unui atașament dependent față de terapeut, atașament ce fusese perturbat de sentimentele de vinovăție ale pacientului și de așteptările acestuia de a fi respins de către terapeut. A vorbi (a te confesa) reprezintă o utilizare mai articulată a actului expirator, prin care adultul ajunge la același rezultat ca și cel obținut de copil prin plâns. El re-

capătă dragostea unei persoane de care este dependent. Această reprimare a plânsului generează dificultăți respiratorii ce pot fi observate în situația copilului care încearcă să-și controleze nevoia imperioasă de a plânge sau care caută, după o perioadă prelungită de eșecuri, să se oprească din plâns. Dispneea și șuieratul caracteristic care apar atunci seamănă izbitor cu o criză de astm.

Identificarea factorilor emoționali care acționează în astm nu ar trebui să ne distragă atenția de la influența egală ca importanță pe care o au factorii alergeni. Aceasta este mult mai clar pusă în evidență în crizele astmatice sezoniere care apar simultan cu polenul la care pacientul este sensibil. În cazurile în care sensibilitatea se manifestă la părul de animale, vopsea, fibre de capoc etc., crizele vor fi adesea produse cu un surprinzător dramatism în momentul în care pacientul este expus la alergenul specific implicat. În astfel de cazuri, desensibilizarea este adesea benefică.

Problema centrală în astm o reprezintă relația dintre cele două tipuri de factori etiologici, cei emoționali și cei alergeni.

În primul rând, trebuie reținut că criza de astm reprezintă un simptom a cărui cauză imediată este spasmul bronhiolilor. În baza evidenței clinice nu există nici o îndoială că un astfel de spasm local poate fi precipitat atât de expunerea la un alergen specific, cât și de factorii emoționali de natura descrisă anterior. Este cel mai important să reținem că oricare dintre cei doi factori considerați independenți poate produce un atac, dar adesea coexistă ambii factori. Un număr mare de cazuri din seriile pacienților astmatici ce au fost studiate la Institutul de Psihanaliză din Chicago au prezentat anumite forme de sensibilitate alergică. O parte dintre pacienți au păstrat această sensibilitate și după tratament, după cum au ar-

ătat testele cutanate, dar s-au vindecat de astm. Probabil că în astfel de cazuri avem de-a face cu fenomenul denumit în fiziologie cumulara stimulilor; cu alte cuvinte, doar o combinație de stimuli emoționali și factori alergici vor produce o criză. Considerat independent, efectul oricărui tip de stimuli se va menține sub pragul de sensibilitate al țesutului reactiv — în acest caz, peretele bronhiolilor. Aceasta explică observația destul de frecventă că, după o psihanaliză reușită, pacienții ale căror crize de astm se limitau la perioadele de polen devin ulterior, fără nici o desensibilizare, imuni la alergenul specific în cazul lor. Această teorie explică și ceea ce susțin psihiatrii și alergologii deopotrivă cu privire la eficiența terapeutică a propriilor tehnici. În majoritatea cazurilor este suficientă înlăturarea unuia sau a ambilor factori determinanți coexistenți, fie cel alergen, fie cel emoțional, pentru a elibera pacientul de crize. Doar factorul netratat nu pare să fie suficient ca să producă un atac — dacă factorii alergeni și emoționali ar trebui sau nu considerați independenți unul după altul în originea lor rămâne încă o întrebare deschisă. Există anumite dovezi care arată că predispoziția alergică și vulnerabilitatea cu privire la situațiile conflictuale descrise mai sus sunt corelate într-o manieră încă necunoscută. Cu alte cuvinte, este posibil ca sensibilitatea la trauma de „separare” și aceea la alergeni să apară în mod frecvent împreună la aceeași persoană, ele reprezentând manifestări paralele ale aceleiași factor constituțional de bază.

Factorii emoționali în tulburările cardiovasculare

1. Tulburări ale activității cardiace (tahicardia și aritmia)

Simptomatologia așa-numitelor tulburări cardiovasculare funcționale în care factorii emoționali pot avea o importanță etiologică este diversă, cuprinzând tahicardia, palpitațiile pe fond nervos, diferite forme de aritmie și astenie neurocirculatorie etc. Nu au fost făcute studii clinice sistematice care să se bazeze pe o investigare psihodinamică precisă atât a stării emoționale, cât și a reacțiilor somatice. Corelația strânsă dintre anxietate și furie, pe de o parte, și activitatea inimii, pe de altă parte, este bine cunoscută. Nu se cunoaște până în prezent motivul pentru care acest tip de emoții, dacă sunt menținute permanent așa cum se întâmplă în cazul diferitelor psihonevroze și în particular în stările anxioase, se manifestă în anumite cazuri ca tahicardie, iar în altele ca aritmie sau simptome ale asteniei neurocirculatorii. Este posibil ca acțiunea anumitor factori organici ce țin de inervația complexă a activității inimii să aibă o importanță însemnată, prin intermediul ganglionilor intrinseci și al con-

trolului central. Distincția rigidă dintre tulburările cardiace de tip organic și cele nervoase (funcționale) este în mod evident o suprasimplificare. Anumiți factori organici care, considerați independent, pot fi inofensivi pot să producă în combinație cu tulburările emoționale acest tip de simptome. Nu este o raritate faptul că unii pacienți la care erau diagnosticate simptome cardiace nevrotice de durată fac brusc o boală coronariană. În anumite cazuri, interacțiunea dintre factorii organici și cei emoționali este mai complexă. Tulburarea funcțională continuă poate favoriza dezvoltarea leziunilor organice și a defectelor organice minore și eventual poate favoriza dezvoltarea simptomelor nevrotice. În ceea ce privește specificitatea factorilor emoționali, putem spune doar că anxietatea cronică generalizată și pulsionile ostile refulate sunt factori importanți în astfel de tulburări. Ostilitatea generează anxietate care, în maniera tipică a cercului vicios nevrotic, duce la creșterea ostilității. Un astfel de nucleu nevrotic se poate regăsi la o mare varietate de personalități, dar el este probabil mult mai frecvent la tipul de personalitate intimidabil, inhibat. Ocazional, el poate fi observat și la indivizii suferind de un anumit tip de anxietate fobică și care altminteri par destul de activi și de agresivi. A selecta un anumit profil psihologic caracteristic pacienților suferind de simptome cardiace funcționale este, așa cum am mai spus, un demers inutil.

2. Hipertensiunea esențială

Hipertensiunea esențială este un sindrom clinic caracterizat printr-o creștere cronică a tensiunii arteriale în absența unei cauze organice detectabile. Acest sindrom are o evoluție progresivă de la o fază inițială în care tensiu-

nea arterială prezintă instabilitate mare și oscilează marcant la o fază ulterioară în care tensiunea arterială se stabilizează la nivel ridicat, însoțită frecvent de deteriorări vasculare și renale (Alexander, Fahrenkamp — 7, 81).

Valorile ridicate ale tensiunii arteriale din hipertensiunea esențială sunt atribuite, de majoritatea cercetătorilor, unei constricții larg răspândite a arteriolelor în ansamblul sistemului vascular. Toate eforturile de a descoperi o bază morfologică a acestei vasoconstricții au rămas fără succes. Cu toate că este posibil ca hipertensiunea cronică să producă în anumite cazuri deteriorări vasculare, este la fel de posibil ca astfel de deteriorări să fie mai degrabă un fenomen concomitent decât rezultatul hipertensiunii (Bradley — 35).

Fie că apar sau nu deteriorări vasculare din cauza hipertensiunii persistente, există puține dovezi care să susțină ideea că producerea hipertensiunii este însoțită de leziuni vasculare. Faptul că timpul de circulație sistemică (Weiss, Ellis — 245) și fluxul sangvin (Abramson — 5) se mențin în parametri normali sprijină concepția că tensiunea arterială ridicată apare mai curând ca urmare a unei creșteri generalizate a tonusului vasomotor decât a unei modificări vasculare organice. Mai mult, în faza inițială a hipertensiunii, hipertrofia ventriculului stâng și leziunile la nivelul vaselor mari și arteriolelor sunt întâlnite rar. O confirmare în acest sens este faptul că pacienții hipertensivi răspund la o varietate de situații de viață și de stimuli fiziologici printr-o creștere și mai accentuată a tensiunii arteriale, așa cum reiese din reacțiile la presiune ale acestor pacienți la scufundarea mâinii în apă foarte rece (Page — 177), la munca fizică (Barath — 22) și la alți stimuli diverși. De asemenea, în timpul fazelor inițiale, pacienții răspund frecvent la psihoterapie prin scăderea valorii medii a tensiunii arteriale.

Tonusul vascular mărit, care determină o creștere continuă a valorilor tensiunii arteriale, este fie rezultatul unei creșteri a frecvenței impulsurilor vasomotorii asupra mușchiului neted al arteriolelor, fie se datorează acțiunii unei substanțe circulatorii constrictoare. Demonstrația lui Goldblatt (101), că ischemia renală determină eliberarea unui agent chimic, renina, responsabil de transformarea globulinei din sânge în substanță constrictoare, susține ideea că acțiunea directă a agenților constrictori asupra mușchiului neted al vaselor ar putea produce hipertensiunea la om. Această descoperire a condus la o reluare a numeroaselor încercări anterioare de a demonstra existența leziunilor în vasele renale care pot induce ischemia renală și, în consecință, să fie responsabile de producerea hipertensiunii la om. În anumite situații au fost descoperite astfel de leziuni renale, dar în majoritatea cazurilor nu există modificări renale corespunzătoare care să explice producerea hipertensiunii (Smith, *et al.* — 214).

Dat fiind că vasele sangvine renale sunt foarte reactive și răspund la stimulii emoționali și fiziologici printr-o vasoconstricție accentuată (Smith — 213), s-ar putea susține că ischemia renală și hipertensiunea ulterioară ar fi rezultatul influenței acestor stimuli. În consecință, problema etiologică constă în a stabili natura acelor factori neurologici ce produc presupusele schimbări funcționale în circulația renală responsabile de eliberarea agenților constrictori. Este posibil ca stimularea nervoasă continuă a vaselor renale să ducă în timp la modificări minuscule în arteriole, al căror efect cumulat poate genera ceea ce Goldblatt numește strangularea arterei renale.

Acest punct de vedere neurologic este susținut de observația că tensiunea arterială a multor pacienți hipertensivi scade în timpul blocajului tranzitoriu al ganglionilor

autonomi indus prin administrarea clorurii de tetraetilamoniu (TEAC). Într-un studiu referitor la efectul TEAC asupra valorilor tensiunii arteriale la pacienții hipertensivi și la cei cu sindroame asociate, Ferris și colegii (85) observau că, în cazurile de glomerulonefrită și sarcină toxică, prin administrarea de TEAC nu s-au obținut reacții semnificative. Cu toate acestea, aproximativ jumătate dintre cei 105 pacienți cu hipertensiune esențială (cu grade diferite de severitate) au reacționat la blocajul ganglionilor autonomi prin restabilirea tensiunii arteriale la valori normale. La restul pacienților s-a observat o incidență ridicată a reacțiilor parțiale la TEAC. Studiile ulterioare au relevat că, în timp ce 60% dintre pacienții cu hipertensiune esențială prezintă constant o reacție la repetarea testelor cu TEAC, la aproximativ 40% dintre aceștia reacția se produce uneori, iar alteori nu. Aceste studii arată că tensiunea arterială ridicată a majorității pacienților cu hipertensiune esențială se datorează unui factor neurologic și că doar într-un număr mic de situații ar putea fi responsabilă o combinație de factori neurologici și umorali.

Din moment ce pacienții studiați de Ferris și colegii săi variaua considerabil în privința severității și a duratei bolii, se prea poate ca acei pacienți care au avut răspunsuri variabile sau neglijabile la blocajul autonom să fi fost cei la care vătămările morfologice consecutive hipertensiunii să se fi produs deja la nivelul rinichilor. O confirmare în acest sens o constituie observațiile că pacienții cu hipertensiune aflată în faza inițială sau tranzitorie au tendința de a prezenta o incidență mai mare a reacțiilor pozitive la administrarea de TEAC, comparativ cu cei cu forme mai cronice ale bolii. O semnificație la fel de mare o are și observația că cele mai evidente variații în efectul produs de blocajul autonom asupra reducerii tensiunii arteriale apar în relație cu variațiile tensiunii emoționale.

În această situație este aproape sigur că factorii neurologici joacă un rol important în menținerea hipertensiunii și chiar în producerea sindromului. O dată cu progresul bolii, modificările țesuturilor tind să dobândească un rol tot mai semnificativ. Aceste modificări stimulează producerea substanțelor constrictoare, astfel că la pacientul cu o hipertensiune destul de avansată factorul humoral ar putea să devină ulterior cel dominant. Cu toate acestea, legat de producerea hipertensiunii, cunoașterea precisă a factorilor neurologici constituie cel mai important aspect.

Literatura de specialitate abundă în numeroase studii care stabilesc o legătură între factorii psihogeni și exacerbarea sindromului hipertensiv (Goldscheider; Müller; Mohr; Fahrenkamp; S. Weiss; Fishberg; Schulze și Schwab; Moschowitz; Riseman și S. Weiss — 102, 172, 166, 81, 244, 87, 208, 169, 189). Numeroase studii psihiatrice demonstrează influența conjuncturilor de viață asupra acestui sindrom (Alkan; Wolfe; K. Menninger; Dunbar; Hill; Binger *et al.*; E. Weiss — 7, 256, 152, 73, 118, 32, 241). Majoritatea studiilor psihiatrice sublinia faptul că tendințele ostile inhibitate joacă un rol important în acest fenomen, ceea ce confirmă observațiile lui Cannon că frica și furia produc o creștere a tensiunii arteriale la animalul experimental. Cannon (43) a demonstrat că teama sau furia determină o activare a sistemului nervos simpatic și a secreției de epinefrină de către măduva spinării, care la rândul său are un rol important în producerea unor asemenea modificări fiziologice în sistemul cardiovascular și în alte sisteme, în așa fel încât i-ar putea permite organismului fie să se lupte cu un atacator, fie să fugă din fața pericolului.

Studii psihanalitice sistematice au fost realizate asupra pacienților cu hipertensiune. Un astfel de studiu a ar-

ătat că pulsuniile agresive cronic inhibitate, care se asociază întodeauna cu anxietatea, influențează semnificativ valorile tensiunii arteriale (Alexander — 11). În ciuda faptului că grupul de pacienți a fost format din indivizi cu tipuri diferite de personalitate, o caracteristică comună a acestora a constituit-o incapacitatea de a-și exprima pulsuniile agresive liber. Ocazional, acești pacienți puteau avea izbucniri de furie, dar per ansamblu ei mențineau un control excesiv, astfel încât la o privire superficială dădeau impresia unor personalități bine adaptate și mature. Într-adevăr, destul de frecvent, acești pacienți erau extrem de complianți și agreabili și ar fi fost în stare să renunțe la ei pentru a le face pe plac asociațiilor lor.

Observații asemănătoare au fost făcute de către Binger și colegii acestuia (32), care au descris ceea ce ei au numit constelații familiale tipice la pacienții cu hipertensiune. Cu toate acestea, diferențele semnificative existente cu privire la istoricul de viață al acestor pacienți fac să fie improbabil ca un mediu familial tipic să fie caracteristic acestora. Mult mai plauzibilă este ipoteza că o multitudine de experiențe din trecut au determinat, ca trăsătură comună la acești pacienți, refularea pulsuniilor ostile.

Elocvent pentru pacienții studiați la Institutul de Psih analiză din Chicago este cazul unui om de afaceri, care se descria pe sine ca o persoană modestă, retrasă și politicoasă, care niciodată nu se străduia să iasă în evidență (Alexander — 11). El era ambițios și, cu toate acestea, își păstra dorința de a fi mai bun decât competitorii săi în plan fantasmatic. Atitudinea lui de aparentă modestie și complianță se manifesta deosebit de pronunțat în relația cu șeful său, pe care nu îl putea contrazice. Tipic pentru modul său de a reacționa era situația, repetată de ne-numărate ori, în care șeful său îl invita să joce golf în

sâmbăta care urma. Ca de obicei, pacientul accepta invitația, chiar dacă ar fi preferat să joace tenis cu propria familie la clubul pe care îl frecventa. Ulterior, când pleca de la birou, el se autoacuza cu privire la incapacitatea sa de a refuza invitațiile șefului; furia și autodesconsiderarea erau fenomene însoțitoare.

Pacienții cu hipertensiune sunt adesea inhibați sexual, și atunci când se lasă în voia plăcerilor oferite de anumite relații clandestine, acestea vor fi însoțite de foarte multă anxietate și vinovăție, activitatea sexuală neconvențională echivalând pentru ei cu protest și rebeliune. Un conflict accentuat între tendințele pasive dependente sau feminine și pulsionile agresiv-ostile compensatorii este evidențiat în analiza unor astfel de indivizi. Cu cât cedează mai mult tendințelor dependent compliante, cu atât mai mare devine ostilitatea lor reactivă față de cei cărora li se supun (Saul, Alexander — 202, 7).

Această ostilitate le produce teamă și îi face să se retragă din fața competiției într-o atitudine de dependență pasivă. Consecutiv, aceasta le amplifică sentimentele de inferioritate și ostilitatea, și astfel se creează un cerc vicios. Interesant este faptul că pacientul hipertensiv nu se poate lăsa liber în voia dorințelor sale dependente, din cauza conflictului pe care acestea îl stimulează. Tendințele opuse agresive și submisive se stimulează și se blochează reciproc și simultan, având ca rezultat un fel de paralizie emoțională.

Observațiile psihodinamice privilegiază o examinare psihosomatică asupra etiologiei vasocotricției generalizate specifice hipertensiunii. Teamă și furia sunt stări tranzitorii deopotrivă la animale și la oameni, și ele sunt însoțite de modificări fiziologice pasagere, prin care organismul se pregătește pentru efortul susținut necesar în reacția de luptă sau fugă. O creștere a tensiunii arteriale

este una dintre componentele acestei pregătiri fiziologice. O dată cu dispariția situației care provoacă frica are loc o revenire la starea normală. În societatea modernă, exprimarea liberă a ostilității nu este permisă; individul resimte adesea ostilitate, dar nu are ocazia de a-și exprima agresivitatea liber în lupta corp la corp. Societatea actuală așteaptă ca individul să aibă un control total asupra tuturor pulsionilor sale ostile. În timp oricine este supus acestei restricții, unii oameni sunt mai inhibați în capacitatea lor de a-și exprima tendințele agresive și pe cele de autoafirmare decât alții, în sensul că ei nu pot folosi căile legitime disponibile pentru a-și exprima pulsionile agresive. În consecință, aceștia trăiesc într-o stare de ostilitate cronic inhibată. S-ar putea presupune că inhibarea cronică a furiei din cauza acestor restricții ar determina o creștere cronică a tensiunii arteriale consecutivă faptului că furia nu poate fi descărcată nici ca agresivitate fizică, nici în forme mai sublimite ale comportamentului de autoafirmare. Din acest motiv, sentimentele ostile neexprimate pot deveni sursa unei stimulări permanente a sistemului vascular, ca și cum organismul inhibat s-ar afla constant în starea de pregătire pentru o luptă ce nu are loc niciodată (figura IV).

Se prea poate ca, atunci când interdicțiile dictate de societate și normele culturale actuale sunt internalizate de către individul cu predispoziție hipertensivă, acest lucru să determine la el fluctuații ale valorilor tensiunii arteriale. Sub influența repetitivă a stimulării vasomotorii, sistemul vascular poate să înceapă să dezvolte modificări organice care nu sunt vizibile un timp, dar sunt reflectate de producția de agenți constrictori, în același mod în care se întâmplă la câine atunci când arterele renale îi sunt legate. Din păcate, această presupunere este dificil de demonstrat, întrucât pacientul se supune ate-

nției medicului rareori înaintea declanșării hipertensiunii sau în stadiile ei inițiale.

Individul care a devenit excesiv de inhibat sub influența experiențelor sale timpurii va descoperi că îi este mult mai dificil să-și gestioneze eficient pulsunile agresive în viața adultă. El va tinde să-și refuleze toate tendințele de autoafirmare și va fi incapabil să găsească un mod legitim de exprimare a acestora. Blocarea pulsuniilor ostile va continua și, în consecință, va crește în intensitate. Acest lucru va determina dezvoltarea unor măsuri defensive mai puternice destinate să țină sub control agresivitatea blocată. Atitudinile excesiv de compliante, politicoase și supuse, regăsite la pacienții cu hipertensiune constituie exact astfel de apărări, dar ele nu pot preveni acumularea de tensiune. Prin urmare, apar sentimente de inferioritate care, la rândul lor, trezesc pulsuni agresive; și cercul vicios este perpetuat. Din cauza gradului semnificativ de inhibiție, acești pacienți sunt mai puțin eficienți în activitățile lor profesionale, motiv pentru care au tendința de a pierde în competiția cu ceilalți, ceea ce le stimulează și mai mult invidia și sentimentele ostile la adresa rivalilor cu mai mult succes și mai puțin inhibați.

Studiul anamnezic al pacientului cu hipertensiune dezvăluie de regulă că la un anumit moment în decursul dezvoltării sale a avut loc o schimbare relativ bruscă în temperamentul acestuia. Istoricul tipic arată că pacientul era foarte agresiv în perioadele timpurii de viață și ulterior, în decursul unui interval de timp scurt, a început să se comporte ca și cum ar fi fost inhibat și supus. În multe situații, această schimbare a apărut în timpul pubertății. Uneori, astfel de pacienți relatează că schimbarea de la agresivitate la submisi-

vităte s-a produs ca urmare a unui efort conștient; că ei au fost nevoiți să se autocenzureze pentru a nu-și pierde popularitatea sau pentru că suferiseră înfrângeri din cauza exprimării pulsionilor agresive.

În acord cu ideea că factorii psihodinamici constituie baza etiologică a hipertensiunii sunt observațiile lui George Draper (67), care menționa că, o dată cu dezvoltarea anumitor simptome nevrotice, tensiunea arterială la unii dintre pacienții hipertensivi revenise la valorile normale. După câte se pare, pulsionile ostile blocate au putut fi eliberate prin intermediul simptomelor nevrotice și astfel nu au mai constituit sursa excitării cronice a mecanismelor vasomotorii.

Mulți autori au subliniat că hipertensiunea este o boală a civilizației occidentale moderne. De exemplu, Schulze și Schwab (208) au găsit o diferență statistică semnificativă în incidența hipertensiunii la populația de culoare de origine africană, comparativ cu cea din Statele Unite. În timp ce hipertensiunea este extrem de rară la populația de culoare de origine africană, această boală este des întâlnită la populația de culoare care trăiește în Statele Unite. În mod evident, această diferență se datorează mai curând unui factor cultural decât constituției rasiale. S-ar părea că dificultățile inerente adaptării sociale la care a fost supusă populația de culoare din Statele Unite trebuie să fi determinat la aceasta nevoia unei autocenzurări excesive, care ulterior devine factorul etiologic determinant al bolii.

Răspunsul complet legat de etiologia hipertensiunii nu rezidă doar în elucidarea factorilor psihodinamici. Multe persoane nevrotice prezintă o inhibiție a pulsionilor agresive și conflictul tipic dintre tendințele pasiv-dependente și cele agresiv-competitive similar conflic-

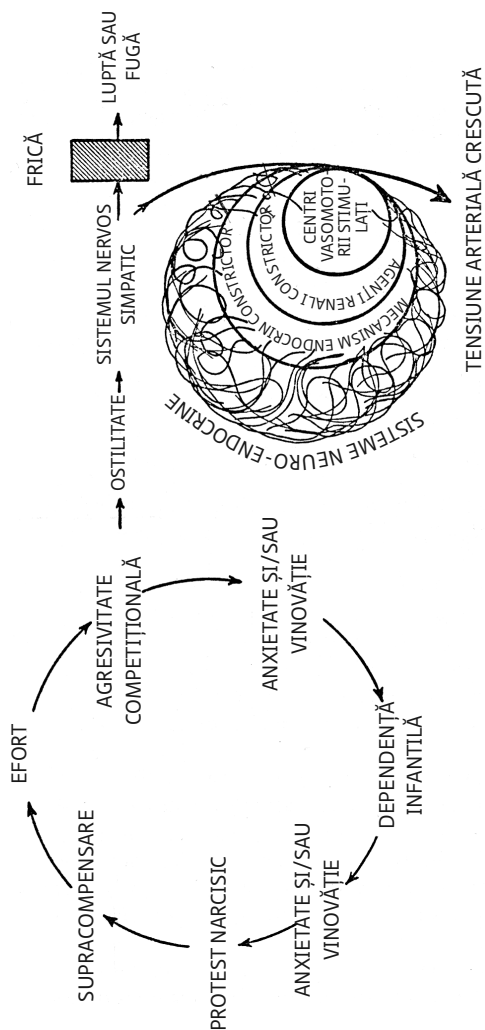
tului central la pacientul cu hipertensiune, și cu toate acestea ele nu înregistrează o creștere a tensiunii arteriale. Dacă factorul psihologic singur ar fi fost responsabil pentru producerea bolii, s-ar aștepta să se constate că fiecare pacient care își inhibă cronic pulsunile agresive și nu recurge la anumite simptome nevrotice pentru eliberarea acestora face hipertensiune. De fapt, lucrurile nu stau așa. După cum s-a subliniat în mod repetat, doar în combinație cu unii factori somatici necunoscuți încă, și posibil moșteniți, influențele psihodinamice pot să producă tulburări cronice ale funcțiilor vegetative; acest lucru este valabil și pentru pacienții cu hipertensiune. Pe de altă parte, posibilitatea ca hipertensiunea să aibă legătură cu moștenirea genetică a unui sistem vasomotor labil nu diminuează semnificația etiologică a factorilor psihodinamici.

Deși sunt pacienți hipertensivi care urmează o terapie psihanalitică, numărul acestora este încă prea redus pentru a putea permite evaluarea statistică a rezultatelor. Cu toate acestea, se poate afirma că rezultatele terapeutice obținute în cazul pacienților aflați la debutul bolii sunt încurajatoare. Frecvent, valoarea medie a tensiunii arteriale a pacientului scade substanțial după ce terapia psihanalitică a reușit să îl ajute să se autoafirme mai mult; și un astfel de pacient poate chiar să devină incomod pentru mediul în care trăiește. Rudele unor astfel de pacienți observă adesea că, deși tratamentul a îmbunătățit poate starea fizică a pacientului, l-a transformat într-o persoană lângă care este mai dificil de trăit. Ca și în cazul multor altor boli, profilaxia este mai bună decât tratamentul, și de aceea se poate anticipa că cel mai benefic aport cu privire la problema hipertensiunii va fi furnizat de diagnosticarea timpurie și aplicarea măsurilor terapeutice la cazurile incipiente.

Patternul dinamic specific în hipertensiunea esențială

Tendințe competitive ostile → intimidare în cauza pe-
depsei și eșecului → creșterea nevoilor de dependență →
sentimente de inferioritate → reactivarea competitivității
ostile → anxietate și inhibare consecutivă a pulsionilor
agresiv-ostile → hipertensiune arterială.

Figura IV. Ilustrare schematică a specificității
în etiologia hipertensiunii



3. *Sincopa vasodepresoare*

Sincopa vasodepresoare reprezintă o tulburare a sistemului cardiovascular ce a fost supusă studiului psihosomatic detaliat de către Romano, Engel *et al.* (191, 192, 78, 79, 80). Este tipul cel mai comun de leșin și poate să apară la indivizii sănătoși când sunt puși în fața unui pericol copleșitor, în special în situațiile în care exprimarea fricii trebuie să fie reprimată. Ea poate să apară cu o frecvență ridicată la anumiți indivizi nevrotici. Pierderea cunoștinței se manifestă din cauza unei scăderi bruște a tensiunii arteriale. Fluxul sangvin la nivelul pielii este diminuat, iar cel către mușchi crește considerabil. După o accelerare inițială, ritmul cardiac încetinește brusc. Tonusul și forța musculară scad și se instalează o stare de slăbiciune acută.

Există suficiente dovezi care arată că sub influența pericolului este activată pregătirea fiziologică pentru luptă, iar vasodilatația normală la nivel muscular face parte din acest răspuns adaptativ. Din cauza unei inhibiții a reacției de luptă, individul rămâne nemișcat și are loc un fel de sângerare internă în sistemul muscular, rezultând o scădere a tensiunii arteriale. Dacă aceasta atinge nivelul critic, apare pierderea cunoștinței. Este important de menționat că paralizia mișcării apare în poziția verticală; în decubit, leșinul nu se produce.

Acest sindrom poate fi cu ușurință diferențiat de leșinul de tip isteric, caz în care el reprezintă expresia simbolică a conflictului psihologic. În leșinul isteric nu există modificări ale sistemului cardiovascular. Sincopa vasodrepesoare constituie un exemplu tipic de nevroză vegetativă. Răspunsul fiziologic normal la frică este inițiat, dar din cauza inhibării comportamentului voluntar reacția propriu-zisă de fugă nu se mai produce. Răspun-

sul fiziologic este întrerupt după perioada inițială de pregătire.

În dinamica sa, acest fenomen este asemănător cu alte tulburări vegetative produse de factori emoționali. În ulcerul peptic, stomacul se pregătește în mod constant pentru ingerarea hranei. Faza inițială a reacției fiziologice se produce, însă nu se realizează întregul proces. Stomacul gol este expus continuu la secrețiile digestive, ceea ce constituie unul dintre factorii patogeni importanți. Pe de altă parte, în hipertensiunea esențială organismul se pregătește pentru luptă sau fugă prin mobilizarea reacției fiziologice normale. Cu toate acestea, acțiunea este inhibată și în consecință nu se poate restabili un echilibru homeostatic, așa cum s-ar fi întâmplat după ce reacția de luptă sau fugă ar fi fost realizată complet. În sin-copa vasodepresoare, una dintre fazele specifice ale reacției de fugă, și anume pregătirea sistemului muscular în vederea acțiunii prin aport sangvin crescut, este stimulată și ulterior întreruptă.

4. Durerile de cap psihogene și migrena psihogenă

DURERILE DE CAP (CEFALEEA)

Datorită unei varietăți foarte mari a factorilor etiologici care produc diferitele tipuri de cefalee, se recunoaște pe scară largă în literatura de specialitate că aceasta este prin excelență un simptom și nu o entitate patologică. Tulburările în aproape oricare sistem organic pot precipita, prin intermediul mecanismelor de răspuns reflex, modificări fiziologice secundare la nivel cerebral, ceea ce determină senzația subiectivă de durere. Factori cauzali bine cunoscuți sunt tulburările gastrointesti-

nale — indigestia acută și constipația având frecvența cea mai mare —, boala renală, hipertensiunea, efortul ocular, infecțiile sinusurilor paranazale, tulburările la nivelul ficatului și vezicii biliare, tumorile cerebrale. În toate aceste cazuri, durerea de cap este una dintre sechelele afecțiunii de bază.

Așa-numitele dureri de cap histaminice cu origine alergică reprezintă mai degrabă un grup distinct. Ele pot fi induse experimental prin injectare de histamină.

Mecanismele directe de producere a durerii sunt variabile, însă modificările diametrului vaselor de sânge și alterările compoziției fluidului la nivel cranian care determină variațiile presiunii intracraniene sunt recunoscute de majoritatea cercetătorilor ca factori principali. La nivel local, durerea își are originea în fibrele nervoase simpatice ce străbat vasele de sânge; substanța cenușie propriu-zisă este lipsită de sensibilitate.

În afara acestor fenomene reflexe, originea emoțională a unor dureri de cap este bine stabilită. Literatura de specialitate abundă de afirmații că oboseala și stresul emoțional de toate tipurile pot atrage după sine dureri de cap, care pot fi resimțite ca: durere surdă, presiune, durere pulsatilă sau alte senzații subiective.

Există, de asemenea, relatări, mai cu seamă făcute de psihanaliști, ale unor cazuri individuale în care durerea este primară și apare ca un simptom de conversie cu semnificație simbolică determinată. Încă din 1911, Sadger (201) relatează despre dureri de cap recurente la o pacientă pe care ea o trata psihanalitic. Pacienta prezenta trei tipuri de dureri de cap: sub formă de presiune resimțită din exterior, de durere ascuțită și de presiune venind din interior. Primul tip de durere a fost pus de Sadger pe seama unei experiențe din copilărie a pacientei, aceea de a fi dusă de către tată la culcare, ocazie cu care

simțea greutatea și presiunea imensă a corpului acestuia. Durerea de cap ascuțită își avea originea în experiențele masturbatorii dureroase, dar totodată plăcute, cu o prietenă din copilărie, pe când pacienta avea trei sau patru ani; durerile tip presiune internă se bazau pe experiențele timpurii, dureroase dar și erotizate, din timpul defecării.

Un pacient tratat de Abraham (2) exprima prin durerile de cap o identificare feminină cu mama sa, care avea același tip de dureri. Durerea îi dădea pacientului o gratificare masochistă pasivă. Fenichel (83) a descris un alt caz în care durerea de cap a pacientului simboliza trichina de care suferise acesta în copilărie. Pacientul asocia în inconștient trichina cu fecalele. Baza pentru simptomul de conversie a constituit-o ecuația simbolică: fecale = gânduri. Într-un alt caz descris de Seidenberg (209), o durere de cap pulsatilă era expresia dorințelor sexuale refulate care reprezentau simbolic erecția. Gutheil (108) relatează cazul unui pacient ale cărui crize de migrenă au încetat după ce acesta a fost capabil să aibă orgasm. Uneori, pacientului îi erau necesare câteva orgasme pentru a se putea relaxa și după aceea migrena înceta. Personal, am avut ocazia să studiez durerea de cap a unei femei virgine aflate între două vârste, care resimțea durerea ca presiune internă ce amenința să îi crape craniul; această senzație era o expresie simbolică a dorinței refulate a pacientei de a rămâne însărcinată.

În sensul de simptome de conversie, durerile de cap pot în mod clar să aibă o mare varietate de semnificații simbolice determinate de nevoile individuale subiective ale fiecărui pacient. Rămâne de stabilit dacă în aceste cazuri de conversie se produc vreun fel de modificări fiziologice locale subiacente. Ele ar putea fi încadrate în categoria tulburărilor senzoriale de tip isteric (durere psihogenă), din care fac parte parestezia, hiperestezia și

anestezia, în care nu există nici o modificare locală și întregul proces se derulează în centrii senzoriale superioare din creier, exprimându-se doar prin senzații subiective.

MIGRENA

Crizele de migrenă constituie un grup distinct în marea varietate tipologică a durerilor de cap. Fie că etiologia lor este aceeași sau diferită de la caz la caz, ele reprezintă o entitate clinică distinctă din punctul de vedere al simptomatologiei și al mecanismelor fiziologice de bază. Acest lucru face posibilă realizarea studiilor psihosomatice comparative asupra pacienților cu migrenă, lucru aproape de neconceput în cazul grupului eterogen de pacienți suferind de alte forme de durere de cap.

Manifestările clinice specifice crizei de migrenă, ca de exemplu natura lor periodică, tulburările prodromale* (scotomul**, paretezii ocazionale și dificultăți de vorbire), faptul că durerea se manifestă întotdeauna unilateral, prezența fotofobiei, greața și vărsăturile fac posibilă diagnosticarea precisă a acestora. O altă trăsătură caracteristică constă în faptul că, după criză, pacientul se bucură pentru o vreme de o ameliorare considerabilă a stării de bine. Toate aceste trăsături distinctive facilitează foarte mult studiile clinice comparative asupra acestor pacienți. În plus, un alt aspect care face ca această entitate patologică să fie adecvată studiilor somatice constă în faptul că aceste crize apar adesea subit și uneori se termină la fel de brusc. Aceasta permite studiul precis atât al factorilor precipitatori, cât și al celor responsabili de încetarea crizei.

* Termenul se referă la tulburările simptomatice ce prevestesc debutul crizelor de migrenă (N. t.)

** Pierderea vederii pe o porțiune limitată a câmpului vizual. (N. t.)

MECANISMELE FIZIOLOGICE

Se presupune în general că dilatația vasculară este una dintre cauzele durerii în migrenă. Acest lucru este demonstrat de studiile experimentale făcute de Graham, H.G. Wolff și colaboratorii (104, 47), care au arătat că dilatarea arterelor craniene este responsabilă pentru producerea senzației de durere. Acest fapt explică efectul specific deosebit de benefic al tartratului de ergotamină care produce vasoconstricție. De regulă se presupune că în cefaleea histaminică de origine alergică mecanismul producerii durerii este același. În timp ce mecanismele sunt similare, există totodată diferențe între cele două tipuri de durere de cap. Natura și repartizarea durerii sunt diferite; cefaleea histaminică este resimțită ca o durere mai profundă și se manifestă întotdeauna bilateral. De asemenea, efectul tartratului de ergotamină este mult mai pronunțat în crizele de migrenă. Wolff explică acest lucru prin faptul că histamina acționează la nivelul arterelor intracerebrale, în timp ce tartratul de ergotamină afectează cu precădere ramurile carotidei externe, care sunt cele implicate în migrenă.

Simptomele prodromale, tulburările de vedere și parestezia sunt atribuite vasoconstricției inițiale care induce criza. Wolff consideră vasodilatația ca o reacție supra-compensatorie la vasoconstricția inițială. În opinia mea, vasodilatația poate avea o origine independentă, care va fi discutată mai târziu.

FACTORII EMOȚIONALI

Importanta semnificație etiologică a factorilor emoționali în migrenă a fost recunoscută de un număr mare de autori. Aceste observații se referă pe de o parte la

factorii precipitatori, iar pe de altă parte la trăsăturile de personalitate caracteristice pacienților predispuși să aibă migrene. Touraine și Draper (235) au descris un tip de personalitate „constituțională de bază”, caracteristică individului predispus la migrenă. Sub aspect fizic, acesta prezintă trăsături acromegaloide. În ceea ce privește structura personalității, el are o dezvoltare emoțională întârziată, dar o inteligență superioară. Adaptarea sa sexuală este nesatisfăcătoare. Conform acestor autori, migrenele apar pentru prima dată când pacienții pierd protecția căminului și trebuie să facă față singuri responsabilităților vieții independente. Autorii au observat la acești pacienți o dependență exagerată față de mamă, de care nu se pot elibera niciodată.

Olga Knopf (133) a studiat 30 de pacienți, din care 22 erau femei. L-a descris ca aparținând tipului „goody-goody”*: ambițios, rezervat, relaxat, foarte respectat, sensibil, dominator și lipsit de simțul umorului. Toate femeile aveau o slabă adaptare heterosexuală.

Nici unul dintre autorii menționați nu merge însă cu descrierea mai departe de enumerarea anumitor trăsături de personalitate izolate. Ei nu încearcă să distingă vreun pattern psihodinamic de bază.

O importanță mai mare o au studiile detaliate întreprinse de Fromm-Reichmann (96), care a tratat 8 pacienți cu migrenă prin psihoterapie intensivă. Ea a descoperit că la acești pacienți pulsunile ostile și invidia orientate inițial împotriva unor persoane remarcabile din punct de vedere intelectual erau ulterior întoarse împotriva propriului Sine, prin intermediul bine cunoscutelor mecanisme ale vinovăției.

* Conform *Dicționarului Cambridge*, termenul descrie o persoană care se comportă astfel încât să mulțumească pe cineva cu autoritate. (N. t.)

Harold Wolff (257) a întreprins, pe lângă studiul său principal asupra fiziologiei crizelor de migrenă, și studii detaliate asupra trăsăturilor de personalitate caracteristice unor astfel de pacienți. El a subliniat existența caracteristicilor compulsive, perfecționism, ambiție, competitivitate excesivă, rigiditate și incapacitatea de a delega responsabilitatea. Conform lui Wolff, acești pacienți manifestă atitudinea „veșnicului nemulțumit”, care rezultă din incapacitatea lor de a ține pasul cu responsabilitățile asumate compulsiv în scopul de a se ridica la nivelul standardului lor de perfecțiune. Frustrarea acestei năzuințe generează la acești pacienți o stare de tensiune și oboseală, până când un alt eveniment extern le va agrava permanenta nemulțumire și va precipita astfel apariția migrenei. H. Selinsky (210) a ajuns la concluzii similare. Acest autor a subliniat și el importanța „luptei, a resentimentului și a anxietății”. Migrena apare atunci când pacientul este pus în fața unei sarcini care-i depășește capacitatea.

Există multe dovezi clinice că un număr mare de pacienți suferinzi de migrenă prezintă aparent atitudini specifice așa-numitelor personalități compulsive. Cu toate acestea, o mai mare semnificație o are uniformitatea factorilor emoționali precipitanți la acești pacienți.

Majoritatea publicațiilor referitoare la psihologia migrenei, atât cele mai vechi, cât și de dată recentă, menționează prezența pulsionilor ostile refulate sau reprimite. (Weber; Brenner, Friedman și Carter; Rosenbaum; Fromm-Reichmann, Wolff; Eisenbud; Wolberg; Johnson — 239, 36, 194, 96, 257, 77, 255, 125). Psihanaliștii care tratează frecvent pacienți cu migrenă în interviuri au în mod repetat ocazia să observe în cadrul ședinței momentul inițial sau final al crizei de migrenă. Începutul obișnuit al crizei de migrenă îl constituie o stare de

furie refulată. Cel mai frapant este observarea încheierii bruște a crizei, aproape de la un minut la altul, după ce pacientul devine conștient de furia refulată până la momentul respectiv și o exprimă prin cuvinte injurioase.

Astfel de observații lasă puțin loc de îndoială că pulsuniile ostile refulate au o corelație directă și specifică cu criza de migrenă. Relevanța trasăturilor de personalitate caracteristice raportate de diverși autori rezidă în principal în faptul că tipurile de personalitate predispușe la refularea pulsuniilor ostile au o mai mare înclinație spre migrenă. Aceasta explică descoperirile de tipul celei că persoanele inhibate, tipul „goody-goody” rezervat descris de Knopf sau personalitatea compulsivă observată de Wolff se regăsesc în mod obișnuit printre suferinzii de migrenă. Cu toate acestea, refularea ostilității este o trăsătură extrem de comună multor tipuri de persoane. Acest fapt ne pune încă o dată în fața întrebării cruciale asupra specificității în cadrul cercetării psihosomatice. Care sunt factorii psihodinamici responsabili pentru faptul că un pacient inhibat dezvoltă hipertensiune, un altul artrită și un al treilea migrenă?

Este posibil ca în migrenă să se realizeze aceeași stare ca și în hipertensiune — adică absența simptomelor psihonevrotice specifice care să permită descărcarea pulsuniilor ostile înăbușite. Chiar dacă această presupunere se dovedește adevărată, întrebarea referitoare la alegerea simptomului somatic rămâne încă fără răspuns. Observația lui Fromm-Reichmann că sentimentul ostil și invidia sunt în mod special direcționate împotriva realizărilor intelectuale poate fi importantă pentru modul în care este ales organul la nivelul căruia se localizează tulburările. Caracteristica migrenei de a se regăsi la diferiți membri ai aceleiași familii, identificată

de majoritatea clinicienilor, indică implicarea factorilor constituționali ce țin probabil de specificul individual al circulației cerebrale.

Corespondența dintre migrenă și hipertensiune, pe de o parte, și cea dintre migrenă și epilepsie pe de altă parte sunt, de asemenea, importante în această privință. Durerea de cap este uneori un simptom însoțitor al hipertensiunii. Cu toate acestea, corespondența poate avea atât o bază constituțională, cât și una psihodinamică. În toate cele trei boli — epilepsie, hipertensiune și migrenă —, pulsunile destructive ostile au un rol determinant. Opinia lui Freud referitoare la criza de epilepsie ca descărcare scurtcircuitată, necoordonată, a pulsionilor distructive este întărită de anumite stări de absență a conștienței, care apar ca echivalențe ale epilepsiei și în care pacientul devine distructiv, adesea având chiar un comportament cu tendințe criminale. Crizele de migrenă pot și ele să apară ocazional ca echivalențe ale epilepsiei.

Cu privire la specificitatea factorilor psihodinamici precipitatori, este importantă natura pulsionilor ostile. Un atac agresiv consumat complet are trei faze. La început există prepararea pentru atac în fantasmă: planificarea și vizualizarea lui mentală. Aceasta este *faza conceptuală*. Apoi are loc pregătirea vegetativă a organismului pentru activitatea concentrată: modificări ale metabolismului și distribuției sangvine. Aportul de sânge care va fi mai mare către organele implicate în atacul concentrat este *faza de pregătire vegetativă*. În final, există o *fază neuromusculară*, consumarea actului agresiv propriu-zis prin activitatea musculară.

Este posibil ca natura simptomelor somatice să depindă de faza care are preponderență sau în care întregul proces psiho-fiziologic al agresiunii ostile este frânat. Dacă inhibiția se produce încă din faza de pregătire psi-

hologică pentru atacul agresiv, atunci se dezvoltă o criză de migrenă. Dacă este dezvoltată a doua fază a atacului, cea de pregătire vegetativă, dar procesul nu continuă, urmarea este producerea hipertensiunii. Și în final, dacă actul voluntar este inhibat în cea de-a treia fază, se poate instala o predispoziție la simptome artritice sau sincopă vasomotorie. Sunt necesare alte studii psihodinamice care să testeze validitatea acestei ipoteze, susținută de observația că persoanele predispuse la migrenă sunt în primul rând „gânditori” și nu „oameni de acțiune”, în timp ce aceia predispuși la artrită au o puternică înclinație pentru activitatea musculară.

Conform lui Cannon, aportul sangvin spre creier rămâne intens și este relativ crescut în stările de emoție violentă. În cazul furiei inhibitate, când acțiunea musculară este blocată și aportul sangvin către mușchi nu este intensificat, în timp ce zona splanchnică se golește, este probabil ca fluxul sangvin spre craniu să devină și mai mare. Aceasta ar putea fi baza fiziologică a producerii crizelor de migrenă. Tonusul muscular mărit și creșterea tensiunii arteriale constituie alte componente ale sindromului de furie. Ipoteza de mai sus încearcă să explice faptul că, în cazul stării de furie inhibitată, unii pacienți reacționează cu una, iar alții cu alta dintre componentele sindromului fiziologic total al furiei.

Problema terapeutică a migrenei are două aspecte — tratarea crizelor în sine și prevenirea recurenței acestora.

Pentru a împiedica criza pare să existe un consens privitor la eficiența terapeutică a tartratului de ergotamină. Efectul său benefic se datorează influenței vasoconstrictoare.

Problema mai complexă a prevenției are ca scop eliminarea cauzelor tulburării locale la nivelul circulației craniene. Marcussen și Wolff (147) semnalează rezultate

benefice obținute prin managementul mediului și recomandări făcute pacientului. Ei studiază circumstanțele particulare care precipită atacurile și îi ajută pe pacienți să le conștientizeze, asistându-i totodată în realizarea modificărilor necesare cu privire la stilul lor de viață: ocupațional, recreațional și interpersonal. În două treimi dintre cazuri, au obținut prin acest tip de terapie rezultate mai mult sau mai puțin favorabile.

Abordarea terapeutică cea mai în profunzime este furnizată de psihanaliză, care încearcă să obțină o rezolvare a conflictelor de bază și o schimbare în capacitatea pacientului de a-și gestiona tensiunile emoționale, în special pe cele determinate de pulsuniile ostile inconștiente. Fromm-Reichmann a psihanalizat 8 pacienți și a obținut rezultate satisfăcătoare în majoritatea cazurilor. Johnson a descris în detaliu tratamentul psihanalitic al unui caz în care a obținut rezultate bune.

Factorii emoționali în bolile de piele

Studiile sistematice în domeniul bolilor de piele încă lipsesc, deși literatura de specialitate conține un număr considerabil de observații mai mult sau mai puțin legate de acest subiect. Pentru o privire retrospectivă cuprinzătoare a literaturii de specialitate, cititorul este îndrumat către un articol scris de Stokes și Beerman (221).

Faptul că pielea este un organ important pentru exprimarea emoției este bine cunoscut. Cele mai răspândite exemple sunt înroșirea ca semn al rușinii și pruritul ca semn al nerăbdării. Pielea, constituind suprafața corpului, reprezintă locul somatic pentru manifestarea exhibiționismului. Anumite schimbări produse în mod reflex la nivelul pielii, cum sunt paloarea, înroșirea și transpirația, sunt părți constitutive ale stărilor emoționale de furie și teamă. Răspunsul pilomotor la anxietate este evident mai ales la feline, dar el se regăsește și la ființele umane, după cum o arată expresiile de genul „o poveste care îți face părul măciucă”.

Pielea este totodată și un important organ senzorial și, în această calitate, este afectată de simptomele de conversie — de exemplu anestezie, parestezie și hiperestezie. Și un ultim aspect, în psihologia pielii senzația de du-

rere deține un loc central. Drept urmare, tendințele masochiste trebuie să aibă o afinitate strânsă cu pielea. Conform lui Joseph V. Klauder (132), „psihicul exercită o mai mare influență asupra pielii decât asupra oricărui alt organ... Pielea este un organ important de exprimare a emoțiilor, comparabil în acest sens doar cu ochiul”. Autorul enumeră următoarele stări cutanate, în care „fenomenele psihologice fie joacă un rol motivator, fie sunt un factor determinant semnificativ”:

Îmbujorarea	}	motivate de emoții
Paloarea		
Cutis anserina (pielea de găină)		
Oripilarea		
Modificări în secreția transpirației		
(Dermatografia — angionevroza* — eczema eritematoasă — edemul angionevrotic — eczema acută (dermatita acută)		
Urticaria acută sau cronică		
Edemul (edemul angionevrotic, edemul la pacienții isterici)		
Pruritul localizat sau generalizat		
Fobiile care au ca obiect pielea		
Excoriațiile de origine nervoasă: dermatotlasia (Fournier), leziunile auto-provocate (fără intenția de a le ascunde; psihogenează variabilă)		
Dermatitis artefacta (mitomania Dupre — leziuni autoproduse cu scopul de amăgire a anturajului)		
Durerea localizată și tulburările senzoriale (topalgia lui Blocq, de exemplu arsurile limbii)		
Angiospasmul (așa-numitul sindrom al degetelor „moarte”)		
Pierderea bruscă a părului (alopecia areata) sau o albire bruscă (caniție)		
Tricotilomania**		
Tricocriptomania***		
Stigmată ale crucificării		
Tatuajul		
Manifestările de origine psihogenă în stările alergice.		

* Nevroză caracterizată de tulburări vasomotorii. (N. t.)

** Compulsia pacientului de a-și smulge părul, rezultând o pierdere semnificativă a părului. (N. t.)

*** Pacientul își provoacă ruperea părului de diferite lungimi, prin răsucirea acestuia; este adesea întâlnită la pacienții nevrotici. (N. t.)

Observațiile clinice cel mai bine fundamentate cu privire la manifestările cutanate, ca parte a simptomatologiei nevrotice, cuprind sindroame ca neurodermatita, eczema, edemul angionevrotic, urticaria și pruritul. Unii autori mai menționează și influența factorilor emoționali în seboree, dishidroză (pompholyx)* și psoriazis. Încă din 1916, Jelliffe și Evans (124) descriau un caz de psoriazis în care ei susțineau că factorii psihologici — de exemplu, tendințele exhibiționiste — aveau o importanță etiologică primară.

Încercările de generalizare nu au fost încununate de succes. Tot ceea ce se poate spune până la acest moment este că, în cazul eczemei și neurodermatitei, tendințele sadomasochiste și exhibiționiste au mai curând o corelație specifică cu simptomele bolilor de piele (Miller — 157). Am observat la câteva cazuri următorul model dinamic. Expunerea corpului pentru a obține atenție, iubire și protecție — cu alte cuvinte exhibiționismul — este folosită ca un mijloc de luptă în cazul rivalității, iar acest lucru trezește sentimente de vinovăție. Conform legii talionului, pedeapsa ar trebui să fie pe măsura crimei; pielea care a servit ca mijloc pentru exhibiționism devine locul unei afecțiuni dureroase. F. Deutsch și R. Nadell (62) au observat existența trăsăturilor narcisice și exhibiționiste.

Scărpinatul are o mare importanță etiologică în aceste boli. Studiile psihanalitice arată că factorul determinant în scărpinat îl reprezintă pulsiunea ostilă, care, datorită sentimentelor de vinovăție create, este deviată de la obiectul său inițial și direcționată împotriva propriului Sine. (Miller, Bartemeier, Scarborough — 158, 23, 205). Ilustrativ este următorul studiu de caz făcut de Spiegel în cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago.

* Stare patologică ce se caracterizează prin erupții veziculoase însoțite de prurit pe mâini și picioare. (N. t.)

Pacientei, o tânără în vârstă de 22 de ani, de origine caucaziană, celibatară, i s-a recomandat tratamentul din cauza unor crize recurente de neurodermită severă. Leziunile, care apăreau îndeosebi pe față și pe membrele superioare și inferioare, erau de tip eczemă, alcătuite din zone distincte, roșii, aspre, care îi produceau mâncărimi. Pacienta își scărpină leziunile cu furie, în special în timpul somnului, până când acestea supurau și sângerau, astfel că ea arăta adesea aproape desfigurată. Consultase un număr de dermatologi și i se spusese frecvent că nu putea fi ajutată, întrucât afecțiunea ei era cauzată de unii factori emoționali, concluzie pe care ea însăși o trăsese pe baza lecturilor numeroase cu caracter psihologic.

Leziunile cutanate fuseseră prezente timp îndelungat în viața pacientei, pe perioade neregulate. Prima dată când a dezvoltat eczema a fost la o săptămână după naștere. Mama ei fusese foarte tulburată pe durata sarcinii de moartea accidentală a fratelui pacientei, în vârstă de șapte ani, iar ulterior din cauza abandonului și a divorțului soțului. Pacienta și-a petrecut copilăria în casele diverselor rude, unde s-a simțit întotdeauna nesigură, din cauza timidității mamei și a statutului depreciat, asemănător celui de servitoare în casă. Pacienta a fost timidă și retrasă social pe perioada școlii, dar inteligentă și interesată de activitatea școlară. Suferea foarte mult de pe urma faptului că se simțea „diferită” și nedorită din cauza eczemei recurente și a absenței unui tată și a unei vieți de familie normale. Cu toate acestea, în timpul liceului, o dată cu maturizarea fizică, ea a înflorit și a devenit populară social. După absolvire, ea și-a găsit un loc de muncă bun și s-a atașat puternic de diferiți bărbați. Atașamentele încetau întotdeauna din cauza apariției unei eczeme severe. Doar atunci când acest model recu-

rent a amenințat să-i pericliteze viața profesională și relațiile interpersonale normale, intuiția ei incipientă cu privire la problemele pe care le avea a făcut-o să ceară tratament.

Terapia psihanalitică a fost începută și ea a dezvoltat aproape imediat o explozivă nevroză de transfer de tip masochist. Simultan cu o agravare a leziunilor pielii, pacienta arăta prin orice modalitate faptul că se aștepta să fie respinsă de către terapeut și că se simțea vinovată atât din cauza sentimentelor ei transferențiale ostile, cât și a celor erotice. A deplasat aceste sentimente într-o serie de relații cu bărbații, caracterizate printr-o gratificare imediată a pulsionilor sexuale, urmată de depresie, vinovăție și ostilitate la aflarea faptului că bărbatul respectiv nu avea nici o intenție să se căsătorească cu ea. Întotdeauna acesta era punctul la care leziunile pielii atingeau apogeul. În decursul analizei a devenit clar că pacienta se raporta la terapeut (sau la alți bărbați) ca la tatăl demult pierdut. Către acești substituiți de tată își îndrepta ea nevoia de dependență orală și dorința unei „îmbrățișări” calde, reconfortante, cu un contact muscular și cutanat generalizat. Când aceste dorințe îi erau frustrate, reacționa cu ostilitate și vinovăție. Această situație era rezolvată parțial prin proiecția reproșului său în afirmația „toți bărbații sunt ticăloși”, iar restul afectelor erau exprimate la nivel cutanat. Își exprima sentimentele ostile prin scărpinare, iar desfigurarea rezultată simboliza rușinea, umilința și respingerea. În acest punct, simțindu-se complet neiubită de bărbați, pacienta încerca stabilirea unei relații mai apropiate cu mama, iar atunci când și acest lucru eșua, intra într-o perioadă depresivă. Ciclul era încheiat prin apariția unui protest masculin, acordarea unei atenții crescute muncii și prin abandonarea relațiilor apropiate cu

femei și bărbați, urmată de diminuarea afectului și curățarea pielii.

În decursul unei perioade de tratament de trei ani, pacienta a căpătat treptat insight cu privire la acest pattern repetitiv și în final a putut să înfiripeze o relație nemasochistă cu un bărbat, cu care până la urmă s-a și căsătorit. Prin diminuarea vinovăției și ostilității, a putut să își îngăduie să aibă parte de satisfacție în această relație, iar leziunile pielii s-au vindecat și nu au reapărut.

În urticarie, o corelație specifică cu plânsul reprimat a fost descrisă de Saul și Bernstein (203) și ea a fost confirmată de cele câteva cazuri pe care am avut ocazia să le studiez. Ca și în astm, cu care urticaria are o relație intrinsecă atât din punct de vedere clinic, cât și psihodinamic, inhibarea nevoii dependente față de un obiect parental este o descoperire evidentă. Acest lucru, corelat cu faptul că mulți dintre pacienții suferind de urticarie nu pot plânge cu ușurință și că atacurile de urticarie dispar brusc după o scurtă perioadă de plâns, constituie o dovadă în plus a legăturii strânse care există între reprimarea plânsului și urticarie. Într-un caz de edem angionevrotic pe care l-am analizat, Lorand (143) a observat existența unei puternice fixații timpurii la dorințe de dependență combinată cu o pronunțată rivalitate fraternă. Kepecs, Robin și Brunner (130) au confirmat recent pe baza studiilor experimentale corelația dintre secreția fluidelor la nivelul pielii și plâns. Ei au provocat producerea unei pustule în piele pe cale experimentală, prin intermediul cantaridei, și au observat în interiorul acesteia o creștere bruscă a nivelului fluidului, asociată cu plânsul. Creșterea secreției de fluid produsă pe cale emoțională la pacienții cu boli de piele poate fi diminuată prin psihoterapie, abreacție și administrarea de medicamente antihistaminice.

În diferite forme de prurit, în mod special în pruritul anal și vulvar, dar și în alte dermatoze, excitația sexuală inhibată constituie un important factor psihodinamic. În aceste cazuri, scărpınatul este o sursă conștientă de plăcere erotică și este în mod evident un echivalent pentru masturbare (Stokes, Gillespie, Cormia și Slight — 220, 100, 51).

În toate sindroamele cutanate însoțite de prurit ia naștere un cerc vicios. Scărpınatul permanent duce la modificări ale structurii sensibile a pielii, ceea ce determină creșterea pragului de sensibilitate al terminațiilor nervoase la stimulii externi (lichenizare). Prin urmare, o sursă somatică este adăugată la stimulul psihologic ce determină scărpınatul. Acest lucru duce la continuarea scărpınatului, care la rândul său determină accentuarea modificărilor structurale care îl determină.

Terapia eficientă în tratarea unor astfel de sindroame cutanate necesită un tratament combinat, psihologic și somatic. În multe dintre cazuri, prevenirea mecanică a scărpınatului prin diferite măsuri de protecție, în special pe durata nopții, este indispensabilă pentru stoparea cercului vicios. În același timp, psihoterapia se adresează factorilor emoționali subiacenți.

Factorii emoționali în tulburările metabolice și endocrine

1. Tirotxicoza

Factorii psihologici care produc tirotxicoză (boala Basedow sau Graves) precum și multe dintre mecanismele fiziologice implicate sunt bine stabilite. Prin urmare, această boală este cu atât mai adecvată pentru studiul interdependențelor psihosomatice.

Diferitele manifestări ale tensiunii emoționale pot preceda dezvoltarea sindromului clinic. Astfel, 28% dintre cei 159 de pacienți cu hipertiroidism studiați de Maranon (145) au furnizat informația că boala le-a fost precipitată de un șoc emoțional, iar Conrad (49) a descoperit dovezi ale existenței unei traume psihice la 94% din cele 200 de cazuri. Observații similare au fost comunicate de mai mulți cercetători (Bram; Goodall și Rogers; Moschowitz; Wallace; Mittelman — 38, 103, 170, 238, 164). De fapt, unii dintre primii cercetători ai acestei probleme au fost în așa măsură influențați de rolul semnificativ al factorilor psihici ca agenți precipitatori încât au susținut că un șoc emoțional sever ar putea fi responsabil de dez-

voltarea unei forme de tiroidism care a fost denumită „Șoc-Basedow“. În acest sens, Moschcowitz observa frecvența cu care o criză emoțională ce afectează un grup larg de indivizi poate precipita producerea bolii la mulți dintre aceștia.

În afara semnificației lor etiologice, schimbările la nivel emoțional constituie o componentă importantă a simptomatologiei. Pe lângă creșterea în volum a glandei tiroide, exoftalmie, transpirații și tremor, tahicardie, rata crescută a metabolismului bazal și a cantității de iod din sânge, diaree și alte semne ale dezechilibrului autonom, există și unele modificări psihologice caracteristice, ca de exemplu irascibilitate, modificări ale dispoziției afective, somnolență și anxietate, ce constituie părți integrante ale tabloului clinic de ansamblu. Aceste schimbări emoționale pot fi determinate de administrarea unor cantități excesive de hormoni tiroidieni și prin urmare pot fi considerate ca efecte directe ale hiperfuncției tiroidiene. Alte simptome — așa cum vom arăta mai târziu — sunt neurogene. Cauza hiperfuncției tiroidene nu este încă pe deplin cunoscută, dar efectele produse de aceasta erau bine știute încă de pe când Horsely a reușit vindecarea simptomelor mixedemului prin administrarea de extract tiroidian. Rezultatele obținute prin această terapie de substituție sunt spectaculoase cu privire la producerea unor modificări atât la nivel organic, cât și psihologic. Acestea demonstrează că funcționarea mentală normală, cu precădere viteza proceselor mentale, depinde de o secreție normală la nivelul tiroidei. Personalitatea letargică, întârziată și lipsită de interes intelectual a pacientului cu mixedem contrastează izbitor cu caracterul alert, excesiv de sensibil și anxios al pacientului cu hipertiroidie.

Prin urmare, s-ar părea că această corelație dintre procesele psihologice și funcțiile tiroidiene este una de de-

pendență reciprocă. Secreția tiroidiană accelerează funcționarea mentală, sporește vigilența și sensibilitatea, și în consecință predispune la anxietate; dar în același timp și experiențele emoționale au un efect asupra secreției tiroidiene înseși.

Fiziologia

Influența acceleratoare a tiroxinei nu se rezumă la procesele psihologice; ea constituie și un regulator al ratei metabolismului. Natura concretă a hormonului produs de glanda tiroidiană este încă incertă, deși s-a stabilit că iodul anorganic mobil care este preluat de tiroidă este transformat într-un compus organic legat, iar o cantitate considerabilă este secretată sub forma unei proteine ce conține tiroxină (tiroglobulina). Tiroxina accelerează metabolismul și circulația, care la rândul său menține pulsul la un nivel ridicat, determină intensificarea arderilor și a oxidărilor, o creștere a apetitului și pierderea în greutate. Mecanismul precis prin care acestea se realizează nu a fost încă stabilit. Hormonul tiroidian are un rol important în procesul de creștere. Din perspectivă filogenetică, el apare pentru prima dată la amfibieni, la care are funcția normală de accelerare a metamorfozei. Administrarea artificială de tiroxină determină salamandra să evolueze de la existența acvatică la cea terestră, de la respirația branhială la cea pulmonară. Evoluția filogenetică de la existența amfibană la cea terestră se datorează dezvoltării glandei tiroide.

La vertebratele superioare, tiroxina are rol esențial în procesul maturării, așa cum o demonstrează faptul că absența tiroxinei în cazul mixedemului nu numai că produce retard mental, ci determină și întârzierea osificării

epifizei oaselor lungi. În mod justificat, Brown (39) a numit epifiza (glanda pineală) drept „glanda creației”. El a atras atenția asupra faptului că „poziția și organizarea uterului la limulus (crabul potcovar) se aseamănă mult cu cele ale tiroidei, datorită ductului tiroglosal la *ammocetes* (larvele de mreană), una dintre cele mai primitive vertebrate”. Gaskell (97, 98) face referire la același lucru constatând că „relația care se întrezărea din timpuri imemorabile între organele sexuale și tiroidă, atât la om, cât și la alte animale, și care a rămas până în prezent un mister neexplicat, ar putea fi ultima reminiscență a unor vremuri când tiroida era o glandă uterină la strămoșul paleostracan”.

Faptul că, în mod normal, în timpul sarcinii, glanda tiroidă este mărită și își intensifică activitatea constituie o dovadă în plus a rolului tiroidei atât în procesul creșterii, cât și în cel reproductiv (Soule — 217). Acest lucru este susținut de anumite observații, precum cea făcută de King și Herring (131), conform cărora pacientele hipotiroidiene sunt adesea sterile și au o predispoziție crescută pentru avort. În legătură cu acest fapt este totodată important de menționat că, așa cum susține Kenneth Richter (188), hipertiroidismul determină o intensificare a eliberării și circulației produșilor embrionari prin canalele genitale eferente. Aceasta indică faptul că și la bărbat hormonul tiriodian are o influență pozitivă asupra funcțiilor reproductive.

Această multitudine de observații din domeniile patologiei clinice, fiziologiei endocrine, embriologiei și geneticii duc la următoarele concluzii: produsul glandei tiroide, tiroxina, este în primul rând un stimulator al metabolismului celular și prin acest rol ea favorizează creșterea și performanța intelectuală, crește sensibilitatea, vigilența, cu forma sa extremă, anxietatea, stimu-

lând deopotrivă creșterea generală a organismului și procesele reproductive. Intensificarea activității necesită intensificarea metabolismului și prin urmare, e de presupus că supunerea organismului la eforturi mai mari necesită creșterea secreției tiroidiene. Cu toate acestea, se pare că funcția specifică a tiroidei constă în efectul stimulator prelungit, atunci când organismul este solicitat să depună un efort pe termen lung, ca de exemplu în perioada sarcinii. Creșterea este și ea o realizare de durată a organismului. Tiroxina și hormonul de creștere produs de pituitara anterioară sunt sinergice. Acest efect pe termen lung al tiroxinei contrastează cu cel pe termen scurt exercitat de adrenalina, în situații de pericol ce necesită brusc un efort sporit. Injectarea tiroxinei are un efect ce durează mai multe zile, în timp ce efectul adrenalinei injectabile durează doar câteva minute. Cu toate acestea, adrenalina și tiroxina sunt sinergice, iar pacienții cu tirotoxicoză sunt mult mai sensibili la adrenalina (Crile — 53).

Oricum, activitatea tiroidei poate fi pe deplin înțeleasă doar în interdependența sa complexă cu celelalte glande endocrine. Exceptând cazurile în care există o tumoare activă secretorie pe glanda tiroidă, cauza producerii unei rate patologice a secreției de tiroglobulină pare să fie externă. Numeroase dovezi indică faptul că secreția tiroidiană crescută se datorează acțiunii cu efect stimulator a unui hormon (tirotrop) produs de glanda pituitară anterioară. Producerea excesivă a acestui hormon determină hiperplazia glandei tiroide și hipersecreția de hormoni tiroidieni. Mai mult, hormonul tirotrop sau un hormon foarte înrudit cu acesta este responsabil și de exoftalmia observată la pacienții cu boala Graves, fenomen ce este independent de prezența tiroidei.

În mod normal, rata secreției hormonului tiotrop de către pituitara anterioară este controlată prin cantitatea de hormoni produși de tiroidă. Cu toate acestea, în tirotoxicoză acest control nu se realizează și, în consecință, hormonul tiotrop este secretat în cantități excesive, fără a putea fi controlat, așa cum arată concentrațiile ridicate ale acestui hormon din sângele unor pacienți cu gușă exoftalmică (De Roberts — 60). Înlăturarea glandei tiroide sau administrarea de medicamente antitiroidiene la pacientul cu hipertiroidism poate reduce producția de tiroxină și majoritatea simptomelor, dar cantitatea de hormon tiotrop poate de fapt să crească (Soffer *et al.* — 215), iar exoftalmia să progreseze.

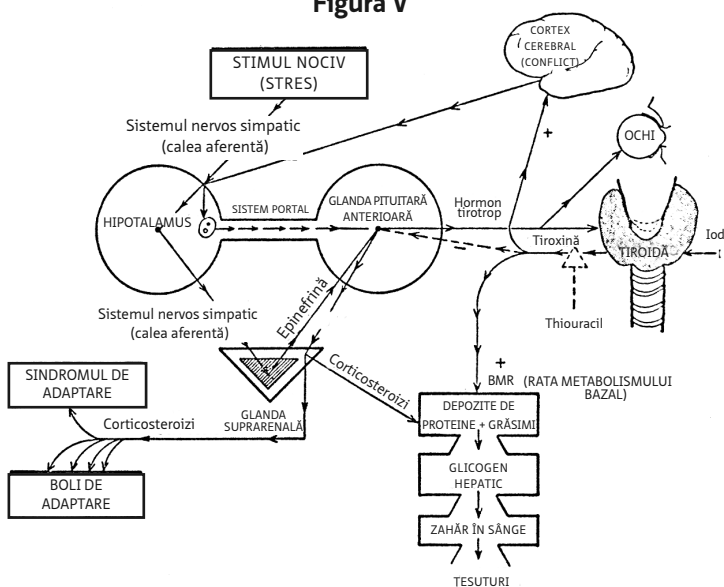
Există puține informații privind mecanismul precis prin care este accelerată producția de hormon tiotrop în hipertiroidism. Este foarte posibil ca un mecanism similar celui postulat de Selye și detaliat de Long *et al.* să fie responsabil pentru activitatea excesivă a pituitarei (figura V). În consecință, o multitudine de stresori, chimici, toxici, de origine nervoasă și emoționali, pot activa glanda pituitară anterioară fie datorită acțiunii directe a acestora asupra hipotalamusului, fie secundar, prin activarea sistemului medulosuprarenal simpatic. O confirmare în acest sens sunt observația lui Soffer conform căreia administrarea epinefrinei poate avea ca efect sporirea secreției de hormon tiotrop (215) și cea a lui Uotila (236), care afirmă că tăierea tijei pituitare la șobolan va împiedica hipertrofierea tiroidei ulterioară expunerii la frig.

Toate acestea arată că tirotoxicoza nu este o boală locală a glandei tiroide. Secreția la nivel tiroidian este doar o verigă a lanțului de procese fiziologice; ea este controlată de hormonul tiotrop produs de glanda pituitară anterioară, care la rândul său se află sub control simpatic și, în final, hipotalamic. Prin intermediul căilor cortico-

talamice, procesele psihologice își exercită influența asupra controlului hipotalamic al glandei pituitare și, ca ultimă verigă, asupra activității tiroidiene.

Ne îndreptăm acum atenția către natura specifică a stimulilor psihologici asupra activității tiroidiene.

Figura V



Mecanismele care ar putea fi implicate în producerea și menținerea hipertiroidismului sunt ilustrate schematic. Activarea hipotalamusului poate determina: (1) creșterea secreției de epinefrină și stimularea ulterioară a pituitarei anterioare datorită cantității crescute de epinefrină circulatorie și/sau (2) secreția la nivelul hipotalamusului a unui agent umoral care este ulterior transportat la pituitara anterioară. Stimularea pituitarei anterioare determină creșterea producției de hormon tirotrop, ceea ce stimulează glanda tiroidă. Relația de reciprocitate dintre tiroidă și pituitara anterioară este ilustrată (Mirsky).

Observații psihosomatice

Hipertiroidismul poate fi precipitat de o multitudine de factori, dar cei mai obișnuiți sunt trauma psihică și un conflict emoțional intens. Importanța factorilor emoționali este susținută de constanța cu care tulburările emoționale precedă debutul bolii și de similaritatea izbitoare a structurii personalității la acești pacienți.

Unii cercetători au relatat despre psihodinamica pacientului hipertiroidian. Lewis (138, 139) a fost marcat de fixația incestuoasă la tată prezentă la femeile cu hipertiroidism și de prevalența fantasmelor de impregnare. Singurul bărbat studiat de Lewis prezenta intense dorințe homosexuale și se asemena cu femeile studiate ca urmare a unui complex Oedip inversat accentuat, bazat pe o identificare feminină.

Analiza a trei femei cu hipertiroidism l-a impresionat pe Conrad (40) datorită dependenței lor extreme față de mamă, fricii acestora de a nu pierde afecțiunea și protecția, poverii implicate de asumarea rolului matern și dificultății rezultate în a se identifica cu mamele lor. În plus, Conrad a studiat anamnezic un număr mare de pacienți și a descoperit o incidență statistică semnificativă a pierderii mamei în copilăria timpurie, mai ales la naștere. O parte dintre bărbați prezentau, de asemenea, o dependență excesivă față de mamă. S-ar părea că factorul specific comun tuturor pacienților constă în dificultatea de a schimba rolul de a fi îngrijit cu cel de a oferi îngrijire.

Și Lidz a observat un atașament neobișnuit față de unul dintre părinți la 12 dintre pacienții săi (140).

Descoperirile făcute de Mittelman la 60 de pacienți au fost mai puțin detaliate. El a subliniat o dependență exagerată față de părinți și reguli stricte. A remarcat rolul

traumei, care afectează la pacient punctele sale sensibile la nivel psihologic.

Brown și Gildea (40) au fost frapați de similaritatea trăsăturilor de personalitate caracteristice prezente înaintea debutului sindromului clinic, la 15 dintre pacienții studiați. Ei au arătat că pacienții aveau un sentiment deosebit de intens de insecuritate personală, un puternic simț al responsabilității și o tendință de a-și controla externalizarea emoțiilor, precum și că orice amenințare pentru sentimentul lor de securitate, fie din cauza solicitării prelungite, fie a unui șoc emoțional, putea să precipite hiperfuncția tiroidei. Cu toate că autorii nu arată clar acest lucru, o luptă impresionantă împotriva insecurității, cu încercările de a o gestiona prin propriile eforturi, reiese evident din istoricul relatat de către pacienții lor.

Interviurile anamnezice ale 24 de pacienți conduse de către Ham, Carmichael și Alexander (116) împreună cu participanții la un seminar psihosomatic ținut la Departamentul de Psihiatrie al Universității din Illinois, la care se adaugă studiul făcut de Ham asupra unui pacient în cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago, confirmă concluziile cercetătorilor anteriori. Acest lucru este în special valabil cu privire la semnificația fricii și anxietății, a dependenței marcante față de figurile parentale și a insecurității excesive, precum și a tendințelor opuse, pe de o parte, de asumare a responsabilității, atingere a maturității și obținere a independenței, iar pe de altă parte, de a avea grijă de ceilalți. Obiectivul principal al acestui studiu l-a constituit identificarea patternului psihodinamic caracteristic, în baza căruia acești diverși factori psihologici sunt în relație între ei. Analiza atentă a datelor a pus în evidență un pattern psihodinamic ce pare să fie comun pentru femeile și bărbații cu hipertiroidism deopotrivă. Amenințarea sentimentului de securitate în primul an de

viață sau în copilăria timpurie s-a conturat ca fiind nucleul dinamic și ea era frecvent asociată cu temeri intense legate de moarte, la care majoritatea acestor pacienți fuseseră expuși devreme în viață. Aceasta corespunde cu dovada lui Conrad privind o incidență ridicată a pierderii mamei în decursul vieții timpurii. Oricum, aceasta nu era singura sursă pentru teamă și insecuritate; o căsnicie nefericită a părinților, labilitatea personalității unuia dintre părinți, respingerea din partea acestora, forme extreme de stres provocat de probleme financiare, nașterea unui frate în familiile numeroase, care ducea la o adevărată neglijare, precum și alte circumstanțe de viață au servit ca surse de teamă și insecuritate prezente la pacienți.

Amenințarea sentimentului de securitate în copilărie constituie o descoperire foarte frecventă, atât la nevrotici, cât și la indivizii sănătoși. Caracteristic pacienților cu tirototoxică este modul în care aceștia își gestionează insecuritatea. Din pricina circumstanțelor externe descrise anterior, acești pacienți nu-și pot înfrânge anxietatea adresându-se părinților pentru ajutor. Nevoile lor dependente sunt în mod permanent frustrate de circumstanțele externe sau de atitudinile părinților, de pierderea unuia sau ambilor părinți ori de respingerea din partea acestora, precum și din cauza conflictelor de o natură mai complexă care implică sentimente de vinovăție. Din cauza frustrării nevoilor lor dependente, acești pacienți fac o încercare disperată de a se identifica prematur cu unul dintre părinți, de regulă cu mama. („Dacă nu o pot avea, trebuie să devin ca ea, astfel încât să nu mai am nevoie de ea.”) Această identificare precoce le depășește capacitățile fiziologice și psihologice și se concretizează într-o luptă persistentă în vederea gestionării

anxietății și a insecurității, prin intermediul unei false independențe. Această trăsătură a fost observată de Conrad, care a descris-o ca incapacitate de a se ridica la nivelul standardelor materne pe care acești pacienți încearcă ambițioși să le atingă. Brown și Gildea au observat același fenomen atunci când au arătat coexistența paradoxală a insecurității și a efortului de a-și asuma responsabilități. Și Ruesch *et al.* (200) arătau faptul că acești pacienți erau frecvent forțați de circumstanțele de viață să-și asume prematur responsabilități.

Lupta continuă împotriva anxietății se poate manifesta ca negare, un fel de atitudine contrafobică: o nevoie compulsivă de a se angaja în acele activități de care se tem cel mai mult. Aceasta ar putea explica nevoia de căutare a responsabilității și de a ajuta, în ciuda insecurității și dependenței subiacente. La un număr de pacienți, cea mai evidentă trăsătură caracterială, dobândită în copilărie, o constituia asumarea supusă a rolului matern, astfel încât aceștia deveneau a doua mamă pentru ceilalți frați.

Aceeași contradicție emoțională îmbracă diferite forme — nevoia compulsivă de a rămâne însărcinată în ciuda temerii legată de aceasta sau încercarea de a gestiona teama prin independență, pe care pacientul încearcă să o atingă prin identificarea cu persoana către care sunt direcționate nevoile lui dependente. În mod similar, teama de moarte este gestionată prin dorința de a naște copii. Împotriva pierderii mamei se luptă devenind mamă. Aceasta se poate exprima în fantasme legate de sarcină, așa cum a fost observat de către Nolan Lewis. Acest efort constant de a gestiona anxietatea explică incidența ridicată a fobiilor în istoricul pacienților hipertiroidieni (Ficarra și Nelson — 86).

O trăsătură unică și evidentă o reprezintă frecvența viselor legate de moarte, sicrie, fantome și persoane

decedate, despre care acești pacienți vorbesc în mod spontan.

O refulare puternică a pulsioniilor ostile datorate dependenței extreme a fost observată atât în cadrul studiului făcut la Chicago, cât și de către Ruesch *et al.* Asumarea unei atitudini materne, protectoare, față de frații mai mici reprezintă adesea o supracompensare împotriva rivalității fraterne și necesită refularea ostilității. Protejarea fraților mai mici îi furnizează pacientului o gratificare indirectă a propriilor nevoi dependente și totodată îl face să ispășească vinovăția derivată din rivalitate.

Pseudomaturitatea, efortul exagerat de a-și asuma rolul matern prin a rămâne frecvent însărcinată și grija excesivă față de ceilalți, atitudinea contrafobă — toate acestea reflectă încercarea pacientei cu hipertiroidism de a-și gestiona anxietatea prin intermediul independenței. Acest efort permanent către independență, nevoia pacientului de a deveni independent în mod prematur pot fi explicate prin faptul că anxietatea indusă de amenințarea securității în copilărie nu a putut fi diminuată prin dependența față de ceilalți.

Aceste trăsături sunt ilustrate prin următoarele fragmente istorice de caz¹:

Un exemplu elocvent al insecurității infantile determinate de moartea părinților și expunerea la alte întâmplări legate de moarte este ilustrat de cazul lui D.B., o văduvă albă în vârstă de 32 de ani, care pe lângă faptul că a trăit într-o sărăcie extremă în copilărie, fusese tratată cu asprime de către tatăl vitreg în urma divorțului părinților. Când pa-

¹ Ele urmează să fie publicate detaliat într-un raport al studiului menționat anterior, făcut de dr. Ham, Alexander și Carmichael.

cienta avea 4 ani, a văzut o femeie murind într-un incendiu. La vârsta de 8 ani a văzut un sicriu răsturnat accidental și trupul unei micuțe prietene, o fetiță de 3 ani, căzând pe podea. Pacienta a fost martora sinuciderii bunicului, precum și a morții bunicii ei. Oroarea acestor întâmplări este încă vie în mintea sa. Ulterior în viață soțul i-a decedat, ea fiind forțată să-și întrețină familia.

Urmează exemple ale nevoii premature de independență, manifestate ca participare activă la susținerea familiei sau sub forma îngrijirii fraților mai mici:

B.R., o fată albă, de 13 ani, este descrisă de către mamă ca o „micuță doamnă bătrână”, întrucât se comportă în mod prematur ca un adult, este supusă și de încredere. A învățat să gătească atunci când avea 6 ani și a continuat să gătească și să ajute la treburile din gospodărie. Ori de câte ori mama se îmbolnăvea, ea mătura și făcea curat în casă, având grijă de toată familia. Se purta ca o a doua mamă pentru fratele său mai mic.

H.D., un bărbat de 35 de ani, celibatar, cel mai mic dintre cei opt copii ai familiei, este singurul supraviețuitor de sex masculin al familiei. Doi frați mai mici au murit la vârsta de 10 și respectiv 3 ani, iar un alt frate a murit acasă la o săptămână după naștere, pe vremea când pacientul avea 2 ani. Tatăl era un bărbat puritan, aspru și impersonal, ascunzându-și astfel propria slăbiciune și insecuritate. Aparent își demonstrase afecțiunea și fusese tandru cu copiii atât timp cât ei erau niște bebeluși neajutorați, dar începuse să le pretindă un comportament matur de îndată ce aceștia au fost ca-

pabili să meargă și să vorbească. Mama era desconsiderată de către tată pentru faptul că avusese un copil nelegitim în adolescență (sora cea mai mare a pacientului) și fusese luată de soție „din milă” de către tatăl pacientului. Mama nu era capabilă să îi facă față soțului și în timpul primei copilării a pacientului ea lucrase câțiva ani în magazinul familiei. Tatăl le interzisese atât mamei, cât și surorilor mai mari să-i acorde acestuia prea multă atenție. După ce pacientul a intrat în clasa întâi, tatăl a insistat ca nimeni să nu îi mai citească benzile desenate din publicații, deoarece ar trebui să învețe să citească singur. El trebuia să suporte presiunea permanentă de a se comporta ca un adult, și cu toate acestea era mereu restricționat în demersurile sale active de a-și atinge scopul.

Incapacitatea de a-și exprima deschis ostilitatea, în special în legătură cu rivalitatea fraternală, este prezentă aproape la toți acești pacienți.

E.B., o femeie de culoare, necăsătorită, în vârstă de 24 de ani, demonstrase abilități deosebite și progresase rapid în anii de școală. Era extrem de conștiincioasă și nu lipsea niciodată de la ore. Mama era profesoară și „o femeie foarte inteligentă și frumoasă”. În mod evident, pacienta era în competiție cu ea, dar nu își exprimase niciodată ostilitatea în mod direct. Când mama s-a îmbolnăvit, pacienta a preluat responsabilitatea îngrijirii celor două surori mai mici și și-a asumat funcția maternă în relație cu acestea. Le-a susținut financiar chiar și în timpul studenției. Fusese întotdeauna independentă și extrem de ambițioasă, controlându-și sau refulându-și majoritatea dorințelor sale legate de feminitate, cu scopul de a se realiza pe plan intelectual.

Nevoia intensă de a continua să existe prin aducerea pe lume a copiilor este evidențiată clar într-un alt caz:

După ce lucrase pe perioada liceului și a facultății pentru a se întreține, D.B. a renunțat la ambiția de a deveni medic și „s-a împăcat” cu ideea de a se pregăti pentru a deveni farmacistă. La vârsta de 18 ani, ea s-a căsătorit cu un prieten din copilărie și conducea împreună cu acesta o afacere. În ciuda faptului că era frigidă, și-a dorit să aibă copii, și în decurs de 14 ani a născut cinci copii, cărora le-a pus numele: Kerry, Barry, Gary, Terry și Mary. Ea a afirmat că, „dacă nu mi-ar fi murit soțul, aș fi avut toți copiii pe care știința medicală m-ar fi putut ajuta să-i am. Ei sunt greu de adus pe lume și atât de dureros, dar cu cât este mai dureros, cu atât îi iubești mai mult”. De la moartea soțului, pacienta a continuat să aibă simultan două slujbe, pentru a fi sigură că copiii nu duc lipsă de îmbrăcăminte. În plus, a luat-o în îngrijire pe sora uneia dintre bunici, aceasta aflându-se în imposibilitatea de a o ajuta cu ceva.

Mecanismul contrafobic de gestionare a anxietății este ilustrat și în cazul următor:

S.K., un bărbat alb de 43 de ani, a fost atacat de infarctori înarmați. În loc de a se supune pretențiilor acestora, el i-a atacat și a fost lovit cu un baston, fiind lăsat inconștient. O perioadă după această experiență a suferit de disfonie și blefarospasm. El susținea că în timpul atacului nu a resimțit teamă nici un moment. În câteva situații, când a fost fie acuzat la serviciu de ceva pe nedrept, fie forțat de către șeful de echipă să întreprindă

ceva riscant, el se înfuriase și îl urmărise pe acesta până în biroul său, cu intenția de a-l lovi.

Dorința puternică de a rămâne însărcinată apare în cazul următor:

F.C., o femeie albă, de 36 de ani, căsătorită, era cea mai mare dintre cei zece frați, dintre care numai patru au supraviețuit. Ea a locuit în casa părintească, ajutându-și mama până la vârsta de 30 de ani. Pe toată perioada adolescenței, și ulterior până la 31 de ani, când s-a căsătorit, simțea o teamă puternică în prezența bărbaților. Cu toate acestea, la 30 de ani ea s-a logodit în ciuda obiecțiilor tatălui său, dar a suferit de anxietate severă, avea diaree și a pierdut în greutate pe toată perioada logodnei. Nutrea o dorință conștientă puternică de a rămâne însărcinată și acest lucru s-a întâmplat la foarte scurt timp de la căsătorie. De îndată ce a aflat despre sarcină, a început să se simtă „minunată”, iar în timpul sarcinii și ulterior în primii doi ani de după naștere, nu numai că a revenit la greutatea inițială, dar s-a și îngrășat, simțindu-se mai puternică și mai fericită decât se simțise în întreaga viață. În aceeași perioadă s-a confruntat cu un sentiment de insecuritate permanentă, din cauza dificultăților legate de locuință, atât de des întâlnite la femeile care își urmau soții militari dintr-o garnizoană în alta. Simptomele sale au început când pacienta și soțul au mers să locuiască în casa socrilor. Din cauza dificultăților financiare nu se mai putea pune problema unor sarcini viitoare. Pacienta a decis să își ia un serviciu și să câștige banii necesari pentru ca ea și soțul ei să poată avea propria casă, să-și dobândească independența și securitatea și să aibă mai mulți copii.

Elocvente pentru visele tipice legate de moarte sunt următoarele cazuri:

D.B. a relatat vise din care se trezea deosebit de anxioasă. „Bunica și bunicul zăceau în sicriile lor și au întins mâinile, încercând să mă tragă și pe mine înăuntru; bunica era moartă, acoperită de muște, iar eu încercam să le îndepărtez; soțul meu fie mă urmărea, încercând să mă prindă, fie încerca să mă tragă în sicriul său.” În timp ce povestea aceste vise, pacienta a făcut următoarea remarcă: „Întotdeauna mi-a fost teamă de moarte”. Întorcându-se odată de la spital, și-a scris testamentul.

C.D., o femeie de culoare, în vârstă de 33 de ani, a relatat următorul vis. „Un sicriu a venit rostogolindu-se spre pat și în el era un bărbat alb bătrân, cu barbă, care a întins mâinile după mine.”

J.K., o femeie albă, de 42 de ani, căsătorită, avea frecvent vise despre paturi. Acestea aveau loc întotdeauna înaintea morții unui membru al familiei. Odată, ea a visat cinci paturi, „mama, tata, doi copii și soțul”. Cu o săptămână înainte de interviu a visat: „Făceam patul. Era patul meu”. Ea a crezut că acest vis însemna că va muri.

Considerații psihosomatice

Ținând cont de funcția stimulatorie a glandei tiroide în creșterea organismului pe perioada copilăriei, devine tentant să legăm în mod specific hiperactivitatea acesteia de nevoia aparentă a pacientului hipertiroidian de a atinge maturitatea într-un ritm accelerat. Nu încapă nici o îndoială că efortul permanent al pacientului de a pre-

tinde o falsă maturitate este probabil foarte stresant și poate avea ca efect activarea secreției de hormon tirotrop de către glanda pituitară anterioară. În consecință, atunci când apărările psihologice împotriva frustrării nevoilor de dependență (ca de exemplu hiperactivitate, ajutarea celorlalți sau asumarea unui rol matern) sunt înfrânte și subiectul nu mai este capabil să-și gestioneze anxietatea aflată la baza acestora, stresul poate să devină copleșitor și să suprastimuleze acel sistem care reglează procesul de maturare și care a fost oricum solicitat în mod cronic începând foarte devreme în prima copilărie, datorită nevoii constante și accelerate de maturizare și a efortului depus pe termen lung.

Întrebarea cea mai importantă nu și-a găsit încă răspunsul: de ce reacționează acești pacienți la insecuritate depunând un efort progresiv către maturizare și nu recurg la simptome regresive? Doar faptul că nevoile lor de dependență au fost permanent frustrate de circumstanțe nu explică pe deplin acest tip de reacție. Este posibil ca ei să fi trăit o perioadă de adaptare reușită, probabil foarte devreme în copilărie, care a favorizat această tendință a lor către independență. Desigur că și ereditatea poate constitui un factor decisiv.

Majoritatea autorilor recunosc, pe lângă influențele mediului, existența unui factor ereditar, de tipul unei predispoziții moștenite pentru hipertiroidism, dar părerile lor variază cu privire la evaluarea importanței acestuia. Un clinician experimentat, cum este de exemplu Moschowitz, tinde să sublinieze importanța mediului, pe când Brown și Gildea pun accentul pe rolul constituției moștenite. Oricum ar fi, suntem aproape siguri că pacientul cu hipertiroidism este unul care s-a străduit să ducă toată viața o luptă împotriva anxietății sale, încercând să devină independent în mod prematur, și că

această pseudomaturitate s-a dovedit a fi atât de solicitantă, încât să determine un dezechilibru, atunci când experiența de viață face această luptă imposibilă.

Patternul dinamic specific în tirotoxicoză

Frustrarea nevoilor intense de dependență și amenințarea persistentă la adresa sentimentului securității (expunerea la experiența morții sau alte experiențe amenințătoare) în viața timpurie → încercări premature nereușite de identificare cu obiectul dorințelor dependente intense → efort permanent către independență prematură și ajutorarea celorlalți → eșecul eforturilor intense către independență și ajutorarea celorlalți → tirotoxicoză.

2. Stările de oboseală

Oboseala constituie o reacție subiectivă la activitatea excesivă și prelungită. Aceasta poate să apară ca extenuare fizică după un efort fizic susținut sau ca extenuare mentală după concentrarea mentală prelungită. Implicarea emoțională, interesul și plăcerea sunt factori importanți. În realizarea unei activități de rutină anoste, individul poate resimți oboseala după un efort relativ scăzut, însă este posibil ca această senzație să nu apară în timpul unor activități solicitante, dacă acestea îi trezesc un interes puternic.

Relația concretă între astfel de factori emoționali și oboseală rămâne încă în mare parte necunoscută. Aici va fi discutată doar o formă specială de oboseală, aceea asociată cu modificările apărute în reglarea metabolismului carbohidraților.

Atacurile acute de oboseală extremă și extenuare însoțite de amețelă, transpirație rece, teama de a leșina sau o anxietate generalizată sunt cunoscute de clinicieni ca manifestări ale hipoglicemiei. În câteva astfel de cazuri, s-a descoperit că excesul de insulină produs de adenomul pancreatic era factorul determinant.

În decursul ultimilor cincisprezece ani, un număr de autori au observat hipoglicemia apărută în mod spontan. După introducerea terapiei șoc cu insulină, s-a văzut clar că sechelele psihologice ale hipoglicemiei cauzate de injectarea insulinei erau identice cu cele observate la cazurile spontane. Prin urmare, s-a presupus că hiperinsulinemia funcțională ar fi cauza directă. Manifestările psihologice în astfel de cazuri au fost descrise atât de psihiatri, cât și de medicii interniști, cum sunt Wilder; Rennie și Howard; Romano și Coon; Himwich ș.a. (249, 186, 190, 119). Wilder subliniază faptul că, pe lângă simptomele fizice (oboseală, senzație de foame, transpirație și tremor), sunt prezente simultan simptome psihologice specifice, ca de exemplu diminuarea conștiinței, slăbirea concentrării, abulie și o stare mentală de tip depresiv sau anxios. În crizele mai grave se poate observa chiar prezența manierismului, modificări de limbaj, vedere dublă și ataxie (simptome striopalidare). Himwich clasifică cinci stadii succesive concrete, datorate afectării diferitelor regiuni cerebrale, în cadrul dezechilibrului metabolic:

(1) Faza corticală, caracterizată prin transpirație, salivare, relaxare musculară și tremor, însoțite de o diminuare graduală a conștiinței.

(2) Faza subcortico-diencefalică, în care simptomul cel mai evident îl constituie agitația motorie manifestată sub forma mișcărilor de bază, ca de exemplu limbaj neinteligibil, grimase, mișcări de apucare.

(3) Faza mezencefalică, ce se caracterizează prin spasmul tonic cu producerea unui reflex Babinski pozitiv.

(4) Faza premielencefalică, în care spasmurile tonice sunt înlocuite de spasmele extensorilor. Această fază corespunde manifestărilor observate la câinele decerebrat din experimentele lui Sherrington.

(5) Faza mielencefalică, în care se instalează coma profundă. În această fază predomină tonusul parasimpatic.

În cazurile obișnuite de hipoglicemie funcțională, de regulă poate fi observată doar prima fază, însoțită de slăbiciune, tremor și transpirație. Acestea pot fiacompaniate sau nu de anxietate, în funcție de structura personalității.

Primul studiu psihosomatic al unor astfel de cazuri a fost condus de Szondi și Lax în 1929 (231). Aceștia au studiat 31 de pacienți nevrotici suferind de prostrație și apatie, care, în conformitate cu diagnoza uzuală a acelor vremuri, erau clasificați ca „neurastenici“. Acestor pacienți li s-au administrat oral 50 de grame de dextroză. După o jumătate de oră de la tratament, ei au prezentat o creștere a concentrației de glucoză în sânge de două ori mai mică în comparație cu cele 26 de cazuri de control. Acest tip de curbă a glucozei din sânge a fost denumit „curbă aplatizată“, postulându-se o legătură strânsă între sindromul de oboseală și nivelul de toleranță al scăderii glucozei. Autorii au presupus că la indivizii neurastenici este afectat mecanismul regulator al glicemiei alimentare. Această curbă aplatizată a toleranței la glucoză este parte integrantă a sindromului astenic.

În 1942, Rennie și Howard au descris șase pacienți suferind de „depresie din cauza tensiunii“, ce prezentau curbe similare care deveneau normale după ce dificultățile emoționale ale pacienților erau rezolvate. În

1943, Portis și Zitman (182) au observat curbe ale toleranței la glucoză similare la 40 de pacienți care se plângeau de oboseală excesivă; ei au presupus, la fel ca și autorii anteriori, că acestea ar putea fi determinate de hiperinsulinismul în urma unei activități excesive a nervului vag. Autorii au folosit atropină și au eliminat zahărul din alimentația pacienților, permițându-le acestora doar consumul de carbohidrați complecși. La toate cazurile tratate astfel au observat o revenire la normal a curbei toleranței la glucoza din sânge. Aceste studii au furnizat primul indiciu real privind originea emoțională a acestui sindrom. Sub influența lor, Alexander și Portis (16) au făcut un studiu paralel asupra a nouă pacienți, din punct de vedere psihosomatic. În aceste cazuri, contextul psihodinamic era strâns corelat cu starea metabolismului carbohidraților. Cu ocazia reconstituirii dezvoltării personalității acestor pacienți, o descoperire semnificativă au reprezentat-o lipsa plăcerii și interesului acestora, o absență a inițiativei, fie că era vorba de activități de rutină, munca la birou, activități școlare, studiu sau administrarea gospodăriei. Această lipsă a interesului se extindea și la activitățile sociale. În majoritatea cazurilor, sindromul acut de oboseală s-a dezvoltat după ce pacientul a fost nevoit să abandoneze un scop foarte important pentru el, renunțând astfel la speranță și resemnându-se să persiste într-o rutină neplăcută, împotriva căreia el se revolta interior.

Una dintre paciente, o femeie de 55 de ani, suferea de crize periodice de diaree, dureri de cap și oboseală intensă. Pacienta însăși descria sindromul său ca „inertie pernicioasă”. Se temea să facă orice fel de efort, indiferent că acesta consta în treburile gospodăriei, activități de caritate, obligații sociale sau vizite la copiii ei. Era cap-

tivă, blocată într-o situație de viață pentru care nu exista nici o soluție. Acest impas îi determina inerția.

Un alt pacient, un om de afaceri căsătorit în vârstă de 37 de ani, a semnalat atacuri de oboseală atunci când principalul stimulent în munca sa, îndemnul și aprobarea superiorilor au încetat atât din cauza încetării ritmului afacerii, cât și a promovării sale într-o poziție care presupunea responsabilități mai mari.

Un al treilea pacient, medic, suferea de fobii și a dezvoltat crizele de oboseală după ce a intrat în practica privată împotriva propriei dorințe.

Un artist a dezvoltat crizele imediat după ce a acceptat un loc de muncă într-un birou, față de care simțea o mare rezistență emoțională. Concomitent, a fost nevoit să renunțe la cariera care constituise scopul său în viață.

O femeie casnică a resimțit aceste crize curând după ce soțul ei a refuzat să aibă copii sau să adopte unul. Pentru că a trebuit să renunțe la speranța sa arzătoare de a avea copii, viața a devenit pentru ea lipsită de scop și intolerabilă. Ea a devenit apatică și s-au instalat crizele de extenuare.

Alexander și Portis au comparat această stare psihologică cu un fel de „grevă a brațelor încrucișate”^{*}. Fiind frustrați în legătură cu dorințele și tendințele lor autentice și forțați să se angajeze în activități de rutină împotriva propriei înclinații, acești pacienți au dezvoltat propria formă de protest. Adesea, această stare emoțională este însoțită de fantasmă și reverii cu conținut regresiv, în care aceste persoane renunță la orice efort și ambiție; ele se lasă în voia reprezentărilor iluzorii. Echivalentul la nivel fiziologic al acestei stări emoționale este descris de

* În textul original, expresia „sitdown strike” se referă la o formă de protest în care protestatarii se așază pe jos, în special pentru a bloca un drum sau un alt loc public, până când cererile le sunt ascultate. (N. t.)

o curbă aplatizată a toleranței la glucoză: o creștere mai gradată și redusă a cantității de glucoză din sânge, la o jumătate de oră după injectare, comparativ cu cazurile normale și un nivel mai scăzut al glucozei după două ore. Ca și Szondi și Lax, Alexander și Portis au constatat că nivelul inițial al glucozei nu era mai scăzut decât cel normal. Ei au presupus existența unei relații cauzale între starea psihologică și perturbarea mecanismelor de reglare a carbohidraților — de exemplu, că perturbarea metabolismului carbohidraților era la nivel fiziologic echivalentul sau consecința stării emoționale a pacientului.

Ipoteza de lucru avansată de către autori urmează ideile de bază ale lui Cannon. Pregătirea pentru activitatea orientată spre exterior stimulată de frică sau mânie modifică echilibrul dintre sistemele simpatic și parasimpatic, favorizând preponderența funcționării simpatice. Aceștia au extins ideile lui Cannon la presupunerea că nu doar frica și mânia, ci și entuziasmul, interesul și plăcerea, precum și activitatea cu scop realizată în mod susținut au un efect mobilizator asupra sistemului suprarenal simpatic. Efectul simpaticotonic al interesului și plăcerii este probabil mai puțin intens, dar mai prelungit decât teama sau criza de furie. Fără o astfel de antrenare a funcțiilor vegetative, efortul susținut nu poate fi realizat eficient. Este bine cunoscut faptul că o activitate superficială realizată fără implicare emoțională este mult mai obositoare decât una extrem de solicitantă desfășurată cu participare emoțională intensă. S-a conchis că la acești pacienți nu doar că lipsește efectul stimulator al tonusului simpatic, ci și că simultan, sub influența protestului emoțional și a regresiei, funcțiile vegetative regresează și ele la o stare de pasivitate și relaxare caracterizată de o preponderență a tonusului parasimpatic. Prin urmare, organismul este forțat, fie din cauza presiunilor

externe, fie de vocea internă a conștiinței să desfășoare activitatea continuă fără stimularea simpatică necesară. Nu numai că implicarea sistemului simpatic lipsește, dar în timp ce organismul se epuizează, el se află din punct de vedere emoțional și vegetativ într-o stare de regresie și relaxare. Aceasta se manifestă la nivel fiziologic sub forma unui tonus parasimpatic crescut și ca intensificare a secreției de insulină. Astfel apare situația paradoxală în care, deși organismul este angajat în depunerea efortului, la nivel vegetativ funcționează ca și cum ar fi în repaus. Am numit această situație psihofiziologică „retragere vegetativă”. Caracteristică pentru această stare este perturbarea mecanismului de reglare a metabolismului carbohidraților.

Mult mai recent, problema oboselii asociată perturbărilor metabolismului carbohidraților a fost studiată în continuare de către Carlson, McCulloh și Alexander (44). A fost făcut un studiu comparativ între 21 de pacienți suferind de oboseală și 29 de persoane normale, cu privire la curbele de toleranță a glucozei. În grupul celor ce prezentau oboseală, cantitatea de glucoză din sânge a scăzut la sfârșitul experimentului mult sub valoarea corespunzătoare perioadei dintre mese, comparativ cu grupul normal. Diferența a fost semnificativă statistic. Mulți dintre pacienții suferind de oboseală prezentau o creștere bruscă a glucozei, însă de scurtă durată, cuprinsă între 15 și 35 de minute de la injectare. Datorită acestor creșteri temporare este nerecomandabil să fie considerate ca semnificative valorile înregistrate în intervalul de 30 de minute. Cauza acestor creșteri bruște de scurtă durată, ulterioare unei scăderi inițiale a valorilor, nu este încă pe deplin elucidată. Se poate ca ea să fie manifestarea unei supracorectări bruște la nivelul echilibrului ho-

meopatic și să se datoreze excitației simpatice compensatorii ca măsură de apărare împotriva scăderii bruște a nivelului glucozei din sânge, ce se instalează la scurt timp după injectare.

Carlson l-a studiat pe unul dintre pacienți în cadrul unor consultații psihanalitice prelungite, un scriitor în vârstă de 31 de ani, care suferise de oboseală permanentă și crize acute de epuizare de la 17 ani. Urmase colegiul împotriva voinței sale, ca urmare a insistențelor tatălui. În acea perioadă s-au instalat plictiseala, retragerea din activități și sindromul de oboseală. Senzațiile de extenuare, slăbiciune la nivelul musculaturii picioarelor și leșin s-au intensificat progresiv. Când se forța să iasă în oraș sau înaintea începerii activității, avea adesea o senzație de tensiune, tremor, transpirație excesivă, „nervozitate”. Încerca să se calmeze fumând și consumând cafea încontinuu.

Acest pacient fusese un copil nedorit, mic la naștere, care a rămas slab și dezvoltat fizic necorespunzător pe parcursul întregii vieți. Avea complexe de inferioritate din cauza staturii scunde și a slăbiciunii. Mariajul părinților a fost unul nefericit; tatăl consuma alcool în exces și își neglija și abuza familia. Toată viața, pacientul a rămas foarte apropiat de sora sa, care era cu trei ani mai tânără. El dezvoltase o frică teribilă față de tatăl său; îi rămăsese clar în memorie că, atunci când tatăl îl prinsese masturbându-se, l-a amenințat că va înnebuni. Când avea doar opt ani, tatăl insistase ca el să muncească pe lângă casă, ca vânzător ambulant de obiecte sau să care crosele jucătorilor de golf, ceea ce el a făcut protestând doar lăuntric. La vârsta de zece ani a avut o relație sexuală cu sora sa. O fantasmă regresivă prețioasă a fost timp îndelungat să fugă cu aceasta într-un ținut de basm. În anii de școală, el s-a retras treptat din

activități; îi era teamă de profesori și colegi deopotrivă. A schimbat universitățile de câteva ori și la 23 de ani a început să lucreze într-o fabrică. Pentru o vreme a lucrat și ca marinar și zilier, dar în cele din urmă a început să scrie și să facă muncă editorială, pentru care avea talent. A avut succes și a putut să muncească temeinic.

La acest pacient, „retragerea vegetativă” poate fi reconstituită cu claritate. Ca o apărare împotriva tendinței sale regresive și din cauza constrângerilor externe, inițial din partea tatălui și ulterior impuse de nevoile externe, pacientul s-a extenuat cu activități și realizări față de care el avea o repulsie puternică. La nivel inconștient s-a identificat cu sora care avea o viață mai ușoară, respingându-și obligațiile bărbătești, și a regresat în reveriile sale la o existență pasiv-dependentă. Cu toate acestea, nu a putut accepta total această retragere, care intra în conflict cu mândria și ambiția sa. Sub influența acestui conflict, el s-a forțat să obțină succesul. Atitudinea sa competitiv-ostilă în raport cu tatăl și ulterior cu alți rivali i-a provocat anxietate și l-a făcut să se retragă și mai mult.

Această constelație psihodinamică — conflictul dintre dorințele pasiv-dependente și ambiția agresiv-reactivă — este des întâlnită, dacă nu chiar universală în civilizația actuală, și ea poate fi cu greu considerată ca o explicație specifică pentru acest tip de sindrom de oboeală. Aparent, mult mai specifici în cazurile de oboeală sunt următorii factori psihodinamici:

(1) O lipsă a speranței de a atinge un scop deosebit de important; o luptă frustrantă împotriva destinului implacabil.

(2) O lipsă a stimulentei autentice. Activitățile, preponderent rutiniere ca natură, sunt desfășurate inițial

sub constrângere externă sau ca urmare a unei compulsi externe, nu în baza unui interes captivant.

(3) Rolul anxietății este mai puțin constant. Într-un număr de cazuri, frustrările de durată dau naștere unei agresivități ostile compensatorii, care determină anxietatea. Aceasta contribuie în continuare la o retragere regresivă din activitate.

(4) Într-un număr de cazuri de bărbați există o identificare feminină evidentă care este în opoziție cu atitudinile ambițios-agresive.

La cazul studiat de Carlson, corelația dintre stările emoționale și modificările curbei toleranței la glucoză au fost bine dovedite. Pe durata spitalizării, cele trei curbe măsurate în diferite stări emoționale arată diferențe semnificative. După o fază inițială de tensiune și oboseală, pacientul prezenta o curbă anormală; după zece zile de stat în spital, timp în care tensiunea și oboseala acestuia s-au diminuat cu ajutorul psihoterapiei, a fost obținută o curbă normală. Pare probabil că, deși în multe cazuri sindromul de oboseală poate deveni cronic și caracteristic pacientului, nu avem cu toate acestea de-a face cu o entitate patologică, ci cu o tulburare fiziologică tranzitorie. Este probabil ca toți să ne simțim mai obosiți în timpul unui efort neinspirat sau lipsit de speranță și ca această oboseală accentuată să fie cauzată de modificările în metabolismul carbohidraților. Pentru a funcționa fără probleme în timpul efortului, organismul are nevoie de efectul stimulent al interesului și plăcerii, sub influența căruia reglarea metabolismului carbohidraților are loc mai eficient. Organismul care este forțat să depună efortul împotriva voinței sale va manifesta nu numai un protest emoțional, ci și echivalentul fiziologic al acestuia, o tulburare la nivelul mobilizării și utilizării carbohidraților.

Mulți pacienți pot fi ajutați prin schimbarea circumstanțelor externe, permițându-le astfel să-și urmeze înclinațiile reale. În alte cazuri, conflictele interne nu îngăduie o astfel de soluție simplă și este nevoie de terapie sistematică.

Nu există un tip de personalitate specific care să se încadreze în această categorie de pacienți și orice persoană poate prezenta într-o oarecare măsură simptomele temporare ale acestui tip de extenuare. Administrarea atropinei și un regim care să nu conțină zahăr, ci doar carbohidrați complecși, pot ajuta la combaterea simptomelor acute. Se pare că ingestia bruscă de zahăr are doar un efect benefic de scurtă durată în combaterea oboselii, și adesea agravează simptomele prin declanșarea mecanismelor homeostatice contra-regulatorii (hiperinsulinism alimentar). Acesta este motivul care stă la baza eliminării zahărului din alimentație și menținerii doar a carbohidraților complecși, care nu modifică atât de brusc nivelul glucozei din sânge. Așa cum s-a discutat anterior, efectele benefice ale atropinei constau în paralizarea nervului vag, care este unul dintre regulatorii secreției interne a pancreasului.

În toate cazurile în care există o situație conflictuală cronică, nici prin măsurile ce țin de dietă și medicație și nici prin modificarea situației de viață externă nu se poate obține mai mult decât o ameliorare temporară a simptomelor. Astfel de cazuri necesită o abordare terapeutică consecventă.

3. *Diabetul zaharat (diabetes mellitus)*

Este în general acceptat faptul că factorii psihologici pot influența evoluția diabetului zaharat, dar posibila

semnificație etiologică a unor astfel de factori nu a fost încă stabilită.

Faptul că există o „susceptibilitate” de a dezvolta diabet este indicat de numeroasele studii care arată o incidență familială ridicată, atribuibilă uneia sau mai multor gene moștenite (Joslin — 128). Din moment ce metabolismul organizat al produșilor alimentari depinde de activitatea integrată a enzimelor intracelulare și de reglarea secreției acestora de către sistemele endocrin și nervos (Soskin și Levine — 216), o tulburare la nivelul acestor sisteme poate determina sindromul diabetic. Individul susceptibil prezintă probabil din naștere o deficiență la nivelul unuia sau altuia dintre sistemele reglatoare și acestea pot ceda la un stres suficient de intens și prelungit. Conform lui Colwell, diabetul începe de fapt la naștere, independent de faptul că el poate deveni clinic observabil mult mai târziu în viață (Colwell — 48).

Se presupune în general că diabetul zaharat la om este rezultatul unei insuficiențe de insulină. Această insuficiență poate fi cauza fie a unei scăderi a insulinei produse de către pancreas, fie a unei creșteri a descompunerii insulinei în țesuturi (Mirsky — 162). Indiferent de mecanismul responsabil, rezultatul final al insuficienței sunt creșterea ratei cu care glicogenul este transformat în glucoză și o mobilizare crescută a grăsimilor și proteinelor depozitate la nivelul ficatului, unde sunt transformate în glucoză, compuși acetici și alți produși intermediari și finali. Aceasta are ca rezultat o suprasaturare a țesuturilor cu glicogen, în timp ce sângele devine bogat în glucoză și apare glicozuria.

Cannon a demonstrat că teama și anxietatea pot determina glicozuria la pisica sănătoasă și la omul sănătos, ceea ce a confirmat ipoteza că stresul emoțio-

nal poate produce o perturbare în metabolismul carbohidraților chiar și la individul nondiabetic (Cannon — 43). Cu toate acestea, dovezile mai recente indică faptul că, deși „glicozuria emoțională” poate fi determinată la majoritatea subiecților nondiabetici de emoții intense, totuși la aceștia ea nu este însoțită și de o creștere semnificativă a concentrației de glucoză din sânge (Mirsky — 160). Cu alte cuvinte, subiecții sănătoși pot dezvolta „glicozurie emoțională”, dar ei dezvoltă rar „hiperglicemie emoțională”. S-ar părea că atunci când mecanismele fiziologice responsabile de menținerea nivelului glucozei în sânge funcționează în mod adecvat, așa cum se întâmplă la subiectul sănătos, are loc o compensare rapidă a oricărei modificări determinate emoțional. La diabetic, mecanismele regulatorii sunt perturbate și prin urmare este imposibilă realizarea echilibrului homeostatic. Aceasta explică observația frecventă că schimbările emoționale pot agrava tulburările metabolice deja existente la diabetic. Este posibil ca o astfel de agravare a stării diabetice să fie din cauza unei descompuneri crescute a glicogenului hepatic, care la rândul său poate fi atribuită unei activări a sistemului nervos autonom și a secreției de epinefrină. Aceasta este în concordanță cu conceptul de pericol descris de Cannon și poate constitui mecanismul responsabil de fluctuațiile care apar de la o zi la alta la pacientul diabetic.

Este de așteptat ca indivizii cu o anumită deficiență a mecanismelor fiziologice regulatorii să dezvolte hiperglicemie temporară sub influența stresului emoțional excesiv. Astfel de indivizi prezintă, fără îndoială, anumite deficiențe în reglarea metabolismului carbohidraților, dar acestea nu sunt suficient de semnificative încât să producă un colaps total din cauza solicitării deosebite. Este

totodată posibil ca stresul prelungit și repetitiv să determine un eșec permanent al sistemelor fiziologice relativ inadecvate, ceea ce are ca rezultat apariția diabetului zaharat.²

Dunbar (75) a conchis din „studiile profilurilor” că pacienții diabetici au dificultăți mai mari decât indivizii normali în a schimba starea de dependență infantilă cu una mai matură și independentă. Ei tind să regreseze mai ușor la o atitudine dependentă și își afirmă nevoile de independență în principal la nivel verbal și prea puțin prin acțiune. Conform acestei autoare, grupul pacienților diabetici este unul mai mult pasiv decât activ și prezintă o tendință către masochism și indecizie.

Într-un studiu psihiatric asupra copiilor diabetici, Bruch și Hewlett (42) au observat că, la o treime dintre cazurile lor, apariția bolii a coincis cu o perturbare a relațiilor familiale, ca de exemplu divorț, separare etc. Ei au descoperit că unii copii diabetici au o tendință către comportamentul compulsiv și supunere, în timp ce alții reacționează cu o rezistență pasivă. Acești autori nu au putut determina un tip specific de personalitate.

Profilurile lui Dunbar au pus în evidență în principal modul de a se apăra al pacientului și mai puțin conflictele care pot fi specific legate de producerea bolii. Acestea pot fi stabilite cu ajutorul psihanalizei.

Dunbar a descris analiza unui bărbat de 29 de ani care a dezvoltat diabet la 5 ani de la întreruperea tratamentului (75). Modelul întâlnit la acesta era similar celui descoperit ca tipic pentru întregul grup de diabetici. Daniels (55) a psihanalizat un om de afaceri de 33 de ani și a ajuns la concluzia că diabetul acestuia putea fi pus pe

² Mecanismul prin care tensiunea psihică cronică poate produce un astfel de eșec este furnizat în descrierea făcută de Selye „sindromului adaptării”.

seama unei anxietăți cronice ce era asociată unor temeri infantile inconștiente de a nu fi înfrânt și rănit din cauza nevoilor sale ostil-rebele și sexuale. Meyer, Bollmeier și Alexander (150) au studiat două cazuri, o femeie și un bărbat, și au observat că ambii pacienți prezentau tendințe de a primi și a de fi îngrijit neobișnuit de puternice. Acești pacienți „își menținuseră o atitudine infantilă dependentă și de veșnică nemulțumire și se simțeau frustrați din cauză că cererile lor exagerate de atenție și iubire, necorespunzând situației reale a unui adult, nu erau niciodată satisfăcute în mod adecvat. La această frustrare, pacienții reacționau cu ostilitate. Diabetul se dezvoltă atunci când aceste dorințe infantile intrau în conflict cu frustrarea cererilor“.

Studii psihanalitice ale unui număr mare de pacienți cu diabet zaharat sunt acum în curs de desfășurare în cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago. Aceste studii arată că „pacientul cu diabet zaharat prezintă un conflict fundamental legat de procurarea hranei și că acesta se reflectă în tendințele exagerate de încorporare oral-agresivă“. Aceste pulsuni orale de încorporare se manifestă în diverse moduri. Prin urmare, poate exista o tendință de respingere a hranei, urmată de o nevoie crescută de a reface rezervele organismului. Această nevoie se poate exprima ca o dorință insațiabilă de a mânca, dorință de a fi hrănit și cereri excesive de gratificări de tip receptiv, în cadrul relațiilor interpersonale. Pulsuniile de încorporare se manifestă și ca identificare exagerată cu mama și în consecință o îngrădire a dezvoltării sexuale. La bărbat, această identificare maternă exagerată conduce la o intensificare a bisexualității de bază. La femeie, identificarea ostilă cu mama declanșează apărări accentuate împotriva sexualității feminine, în

special cu privire la funcțiile reproductive” (Benedek, Mirsky *et al.*)³.

Cel mai important factor precipitator în geneza sindromului clinic diabetic îl reprezintă obezitatea, care se regăsește la aproximativ 75% din cazuri. Cu toate acestea, obezitatea în sine nu poate fi considerată drept cauză a diabetului, din moment ce doar aproximativ 5% dintre pacienții obezi dezvoltă diabet. Există numeroase dovezi că obezitatea determină un necesar crescut de insulină. Atunci când capacitatea de funcționare a pancreasului este adecvată, necesarul crescut de insulină poate fi satisfăcut. La acei pacienți obezi la care rata de descompunere sau de utilizare a insulinei este foarte ridicată și ea depășește capacitatea mecanismului reglator, se dezvoltă o insuficiență relativă de insulină și în final diabetul. În capitolul 9 se arată că supraalimentarea este de regulă efectul unei tulburări a dezvoltării emoționale a individului. Drept urmare, factorii psihologici au importanță etiologică la acei pacienți care dezvoltă diabet zaharat ca o consecință a supraalimentării.

Pe de altă parte, existența în diabet a tendințelor de încorporare oral-agresivă poate fi la origine expresia unei deficiențe fiziologice moștenite. Copilul potențial diabetic, născut fiind cu o astfel de predispoziție, nu își poate satisface niciodată nevoia biologică. Cererile sale orale excesive pot fi rezultatul acestei insuficiențe fiziologice de bază (Mirsky — 159). Acest fenomen ar fi analog celui observat în cazul apetitului crescut pentru sare la pacienții cu insuficiență corticosuprarenală sau în autoalegerea unei porții bogate în sare de către șobolanul cu excizia glandei suprarenale.

³ Aceste observații au fost făcute în cadrul unei cercetări actuale care se desfășoară în Institutul de Psihanaliză din Chicago.

Debutul diabetului zaharat, ca în cazul oricărei boli cronice, poate determina modificări psihologice profunde atât la pacienți, cât și la diferiți membri ai familiei acestora sau ai grupurilor sociale. Mândria acestora poate fi rănită, temerile și sentimentele de inadecvare pot deveni exagerate, nevoia de a fi îngrijii de ceilalți se poate intensifica, iar ostilitatea le poate fi stimulată. În funcție de modalitățile variate de apărare împotriva acestor tensiuni excesive, reacția la debutul bolii poate varia marcant și poate să apară ca simptome paranoid-depresive și ipo-hondrice. Unii pacienți reacționează prin apatie, care poate fi interpretată ca un comportament adaptativ cu scopul conservării energiei.

Alexander și colaboratorii săi (150) au observat că glicozuria pacienților lor creștea din cauza tensiunii determinate de conflictul dintre dorințele infantile de a primi și a fi îngrijit și cerințele de a da și a avea grijă de ceilalți. Retragera din fața acestui conflict într-o stare de autocompătimire și pasivitate a fost asociată cu o scădere a glicozuriei. Această observație este în acord cu studiile mai recente conduse de Benedek, Mirsky și alți membri ai Institutului de Psihanaliză din Chicago ce arată existența unei corelații între glicozurie și cetonurie, pe de o parte, și tensiunea psihică rezultată din accentuarea la pacient a atitudinilor solicitante, care pot fi atribuite, la rândul lor, frustrării nevoilor sale receptive, pe de altă parte.

S-a făcut referire la agravarea frecventă a evoluției clinice a diabetului zaharat din cauza tensiunilor emoționale determinate de situații de viață diverse. Aceasta este în mod particular importantă în etiologia acidozei diabetice și cea a comei. Această complicație gravă poate fi atribuită oricărui factor care ar produce o sărăcire a depozitelor de glicogen din ficat (Mirsky —

161). În urma unei intensificări a glicogenolizei hepatice cresc și producții rezultați din catabolismul grăsimilor, corpii cetonici (acizii acetil-acetic și beta-hidroxibutiric). Secreția de corpi cetonici în circulația sangvină cu o rată ce depășește consumul acestora la nivelul țesuturilor determină cetonemia și cetonuria. Corpii cetonici leagă baza și aceasta, împreună cu deshidratarea și alte efecte ale cetozei, favorizează dezvoltarea acidozei și în final coma.

Orice stimulează pierderea glicogenului de la nivelul ficatului poate precipita acidoza, ca de exemplu infometarea, tulburările gastrointestinale, infecțiile etc. O cauză la fel de comună este omiterea administrării de insulină (Mirsky). Dintr-un studiu asupra a 12 pacienți care erau în mod repetat internați în spital din cauza acidozei diabetice, Rosen și Lidz (193) au conchis că, mai curând decât tensiunea emoțională, abandonarea voluntară a regimului diabetic a fost cea care a jucat un rol primar în etiologia acidozei. Conform acestor autori, pacienții cu acidoză recurentă se foloseau de diabetul lor ca „o modalitate de evadare, fie în mediul protector al spitalului, fie prin sinucidere”. Cu toate acestea, studiile lui Hinkle și Wolf (121) arată că tensiunea emoțională poate provoca cetoza chiar dacă pacientul aderă la regimul diabetic. Ei au descris cazul unei fete anxioase, inadapată, care a dezvoltat cetonemie sub influența fricii declanșate de o situație de viață stresantă. Ei au demonstrat și faptul că, prin continuarea experimentală a stresului, cetoza a progresat la stadiul acidozei clinice. Într-un alt studiu cuprinzând 25 de subiecți cu diabet zaharat, Hinkle, Conger și Wolf (120) au observat 50 de cazuri de cetoză clinică apărută din cauza conflictului emoțional. Ei au descoperit că un interviu traumatic poate produce o creștere a cetonelor în sânge și că

aceasta apare mult mai rapid în formele grave de diabet. Prin urmare, se pare că conflictele emoționale semnificative pot influența în mod direct producerea corpiilor cetonici. Mecanismul prin care se poate realiza acest lucru a fost descris anterior.

Unii clinicieni consideră că este esențial să restricționeze serios aportul de hrană al diabeticului, astfel încât să-l poată menține aglicozuric; alții susțin o dietă liberă, atât timp cât nu există acetonurie și simptome clinice. Grupul conservator acordă o importanță redusă faptului că restricționarea dietei, în termeni de calorii și grame, înseamnă mai mult decât o restricție de la mâncare; ea înseamnă frustrare și intensifică insecuritatea pacientului diabetic, aceasta fiind derivată din conștientizarea faptului că el este diferit față de membrii sănătoși ai mediului în care trăiește. Medicul care impune o disciplină strictă își asumă rolul unui părinte care pedepsește și respinge și prin urmare agravează revolta și resentimentele pacientului deja existente la adresa autorității părintești. Pe de altă parte, alimentația fără restricții favorizează obezitatea și poate deveni la fel de dăunătoare ca și dieta restricționată. Atitudinea permisivă a medicului poate fi interpretată ca dezinteres și poate să trezească ostilitate și vinovăție, care la rândul lor pot influența nefavorabil evoluția bolii. În același timp, obezitatea care rezultă poate agrava și mai mult dezechilibrul fiziologic.

Medicul ar trebui să fie mai degrabă preocupat de cantitatea de calorii pe care le reține organismul pacientului decât de cele ingerate sau eliminate. Utilizarea adecvată a insulinei permite acest lucru în condițiile unei alimentații normale. Totodată, el trebuie mai degrabă să se raporteze la pacient ca la o persoană decât ca la un aparat caloric. Pacientul diabetic va tre-

bui să-și conștientizeze cererile și frustrările inconștiente și să găsească soluții de compromis care să fie mai corespunzătoare atât vârstei sale, cât și contextului social. Atunci el se va comporta și hrăni ca un individ normal și nu se va mai răni nici pe sine, nici mediul în care trăiește.

Capitolul 14

Factorii emoționali în tulburările articulare și ale musculaturii scheletice

1. *Artrita reumatoidă*

Rolul factorilor emoționali în patogeneza artritei reumatoide a fost de mult timp intuit și recunoscut în mod explicit de un număr de clinicieni. O trăsătură evidentă a acestei boli — evoluția sa capricioasă, remisiile și recăderile inexplicabile — indică faptul că parțial responsabile pentru producerea bolii sunt conflictele emoționale. Doar un număr mic de studii psihodinamice sistematice a fost făcut asupra pacienților cu artrită. Cu toate că au fost publicate numeroase observații clinice ocazionale, acestea nu sunt discutate în această carte și cititorul este îndrumat să consulte *Emotions and Bodily Changes*, de Dunbar (71).

Dintre studiile sistematice realizate, cele ale lui Booth (34) și Halliday (113, 114) merită o atenție specială. Multe dintre observațiile lor au fost confirmate de studiile sistematice desfășurate de către Johnson, Louis Shapiro și Alexander (126) în cadrul Institutului de Psihanaliză din

Chicago. Din moment ce majoritatea pacienților studiați erau femei, această discuție se referă în principal la cazurile sexului feminin.

Prima trăsătură observată cu mare regularitate o reprezintă o tendință către activitatea fizică, aceasta manifestându-se ca o înclinație spre ocupații desfășurate în aer liber și sporturi competiționale. Ea este foarte evidentă în mod special la vârstele preadolescenței și adolescenței, în timpul cărora pacientele afișează în mod clar un comportament băiețos. În viața adultă, ele își controlează puternic toate expresiile emoționale. Atât Booth, cât și Halliday au observat aceste trăsături de personalitate. Pe lângă tendința de a-și controla sentimentele, ele tind deopotrivă să controleze și mediul familial, respectiv soțul și copiii. Sunt în general greu de mulțumit și exigente în relația cu copiii lor, dar în același timp se îngrijorează în legătură cu aceștia și fac multe lucruri pentru ei. Cu toate acestea, este vorba de o solitudine de tip dominator, o combinație între tendința de a domina și nevoia masochistă de a fi la dispoziția celorlalți. Acest masochism pare la prima vedere să fie în contradicție cu dominarea de tip agresiv, însă în timp ce aceste femei se pun la dispoziția mediului și se sacrifică pentru membrii familiei, ele îi domină și îi controlează pe aceștia deopotrivă.

Și în ceea ce privește sexualitatea, atitudinea acestor paciente este izbitor de asemănătoare; ele afișează o respingere fățișă a rolului feminin, ceea ce este adesea numit în literatura psihanalitică „reacția de protest masculin”. Își însușesc anumite atitudini masculine; se află în competiție cu bărbații și nu se pot supune acestora. Este interesant faptul că majoritatea acestor paciente își aleg ca parteneri bărbați complianți și pasivi. Câțiva dintre aceștia aveau chiar defecte fizice, ceea ce înseamnă mai mult

decât ar putea fi explicat cu ușurință ca simplă coincidență. În cea mai mare parte, soții sunt gata să accepte bucuroși rolul de a îngriji soțiile neputincioase, pe măsură ce boala acestora progresează.

La o examinare superficială, factorii emoționali precipitatori nu par să aibă vreun numitor comun; ei acoperă o gamă largă de evenimente externe. Într-adevăr, aceștia acoperă toată gama de situații de viață: nașterea unui copil, pierderea sarcinii, moartea unui membru al familiei, schimbare profesională, schimbare bruscă în situația conjugală sau în relația sexuală, dezamăgire profundă trăită în anumite relații interpersonale. În consecință, nu este de mirare că un cercetător atent cum este Halliday nu a putut găsi decât în mică măsură vreo explicație logică pentru factorii precipitatori.

Dacă ne îndreptăm, cu toate acestea, atenția asupra a ceea ce înseamnă aceste evenimente diverse pentru pacienți, putem reduce cauzele precipitatorii la câțiva factori psihodinamici semnificativi. Aceștia apar organizați în trei constelații: (1) Boala debutează adesea când revolta și resentimentul inconștient la adresa bărbaților au fost amplificate de anumite vicisitudini ale vieții: de exemplu, atunci când o pacientă a fost abandonată de un bărbat cu care ea se simțea în siguranță, sau când un bărbat care până atunci a fost compliant a devenit mai asertiv, sau când un bărbat în care pacienta investise mult emoțional a dezamăgit-o. (2) Boala poate fi, de asemenea, precipitată de evenimente care tind să amplifice sentimentele de ostilitate și vinovăție, anterior latente. De exemplu, nașterea unui copil care reactivează o mai veche rivalitate fraternă poate constitui factorul precipitator. Vinovăția poate fi mobilizată atunci când posibilitatea sacrificiului și cea de a fi de ajutor celorlalți sunt îngădite, ca în cazul unei pierderi de sarcină sau al morții

unei rude care depindea de pacientă și pe care aceasta o ura din acest motiv, sau când pacienta este forțată într-o situație în care ea este cea nevoită să accepte ajutor extern, dincolo de capacitatea ei de a răsplăti acest lucru. Intensificarea vinovăției duce la creșterea inhibițiilor autoimpuse ale pacientei și activează ostilitatea, pe care ea nu și-o poate exprima, pentru că nu o mai poate asocia cu ajutorarea celorlalți. Asocierea dintre ajutorare și dominare care a constituit modalitatea de exprimare a pulsionilor ostile în formă deghizată este acum îngrădită. (3) La câteva dintre cazuri, boala a fost precipitată de experiențele sexuale, în momentul în care pacienta a fost forțată să-și accepte rolul feminin împotriva căruia reacționase până atunci prin intensificarea protestului masculin.

Aceste evenimente precipitatorii ne furnizează un punct bun de pornire în reconstituirea punctelor vulnerabile din structura personalității acestor paciente. Fundamentul psihodinamic general îl constituie în toate cazurile o stare de agresivitate ostilă inhibată cronic, o revoltă împotriva oricărui tip de presiune internă sau externă, împotriva situației de a fi controlată de ceilalți sau a influenței inhibitorii a propriei conștiințe hipersensibile. Reacția de protest masculin la nivelul relațiilor sexuale este forma cea mai evidentă de manifestare a acestei revolte împotriva situației de a fi dominată.

Această descoperire psihodinamică fundamentală, existența unei stări de revoltă ostilă cronic inhibată, ar putea în majoritatea cazurilor să-și aibă originea într-o constelație familială timpurie tipică, formată de regulă dintr-o mamă puternică, dominatoare și greu de mulțumit, și un tată de obicei mai dependent și compliant. Booth și Halliday au fost uimiți de această descoperire. Booth vorbește despre părinții severi ai pacienților săi, iar Halliday a descoperit că pacientul artritic a avut cel

puțin unul dintre părinți de tip dominator și că autocenzurarea excesivă la el a început devreme în viață. Ca fete, pacientele noastre dezvoltaseră dependență și teamă față de mama lipsită de emoții, agresivă și în același timp ele nutreau un sentiment de revoltă, pe care nu îndrăzneau să îl exprime din cauza dependenței și a fricii. Această revoltă inhibată la adresa mamei constituie nucleul pulsionilor lor ostile. Ulterior acestea sunt transferate asupra bărbaților și în general a tuturor din familie. Mai târziu, când ele devin mame, inversează situația din trecut și își controlează propriii copii în același mod în care au fost controlate de propriile mame.

Următoarele istorii de caz sunt ilustrative¹:

Doamna S. G., în vârstă de 28 de ani, a dezvoltat o redoare musculară dureroasă imediat după ce a descoperit că soțul său avusese o aventură. După câteva luni în care aceste simptome au persistat, s-a îmbolnăvit de artrită. Mama pacientei era o femeie responsabilă, dar rece din punct de vedere emoțional; tatăl abandonase familia când pacienta avea 2 ani. Era în competiție cu un frate mai mare și a petrecut mult timp în copilărie desfășurând activități în aer liber. Simțea că rolul adoptat de mama sa și poziția femeilor în general erau de nesuportat și declara deschis că mai degrabă ar muri decât să-i spună soțului că îl iubește, chiar dacă ea îl iubea. „După aceea nu aș mai putea deține niciodată avantajul”, spunea ea. A refuzat actul sexual timp de câteva luni după căsătorie, nu avusese niciodată orgasm și acceptase să aibă relații sexuale doar rareori. Cu toate că soțul său fusese un luptător premiat în competiții sportive, iar ea era o femeie de statură mică cu un aspect

¹ Citate din A. Johnson, L.B. Shapiro și F. Alexander: „A Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis”, *Psychosom. Med.* 9: 295, 1947.

fragil, ea condusesese întotdeauna gospodăria și luase deciziile și își dirija cele trei fiice tinere să o ajute la treburile gospodăriei, de care ea se ocupa în mod ireproșabil. Infidelitatea soțului a constituit primul semn al revoltei acestuia și al incapacității pacientei de a concura cu el și a-l controla. Din cauza frustrării suferite în competiția cu soțul, ostilitatea pacientei a crescut, nu a găsit nici o cale de descărcare și ca urmare au apărut durerea musculară și artrita. În decursul analizei, a refuzat în mod repetat să iasă să se recreeze împreună cu soțul și în final acesta i-a fost infidel pentru a doua oară, ceea ce a dus la o exacerbare acută a bolii.

O altă pacientă prezenta în mod evident o nevoie masochistă de a fi la dispoziția celorlalți. În vârstă de 32 de ani, ea era mama a trei copii și, la rândul ei, fusese a opta din nouă frați. Următoarea afirmație oferă o imagine succintă asupra personalității acesteia: „Sunt foarte nerăbdătoare să mă vindec de artrită, astfel încât să-mi pot completa familia. Dacă mama mea nu ar fi avut o familie atât de numeroasă, eu nu aș fi existat”. În copilăria mică, ea nu numai că făcea muncile grele ale gospodăriei și își îngrijea mama invalidă, dar își ajuta și tatăl la treburile fermei, deși exista un frate mai mare care ar fi putut face asta în locul ei. Toți frații săi au mers la facultate; după ce a terminat liceul, pacienta s-a dus să locuiască cu sora mai mare pentru a o ajuta pe aceasta să-și îngrijească copiii numeroși. În timpul căsătoriei a continuat să afișeze aceeași atitudine servilă față de cele trei fiice și de soț. Reacția la pierderea unei sarcini a marcat debutul simptomelor sale artritice. Când a început psihanaliza, a afirmat în mod tipic: „Nu am nici o problemă emoțională, dar sunt fericită să ajut știința în orice mod”. Accentul pus pe ajutorarea celorlalți îi permitea pacien-

tei să își descarce tendințele ostil agresive, fără a se simți vinovată pentru ele.

Ca o formulare psihodinamică generală asupra cauzelor precipitatoare și exacerbarea acestora, postulăm existența unui factor de personalitate favorizant, ce apare datorită atitudinilor părintești excesiv de restrictive. La copilul mic, cea mai primitivă expresie a frustrării este descărcarea motorie întâmplătoare. Dacă, prin intermediul măsurilor punitive, această descărcare devine asociată cu teama și vinovăția, atunci, în viața ulterioară, ori de câte ori teama și vinovăția apar, ele sunt contracarate cu ajutorul unei „cămăși de forță” psihologice. Acești pacienți încearcă să realizeze un echilibru între pulsunile agresive și control. Ei învață să descarce agresivitatea prin activitate musculară în forme acceptabile: muncă intensă, sporturi, grădinarit, conducerea activă a gospodăriei. De asemenea, ei învață să reducă influența restrictivă a propriei conștiințe prin ajutorarea celorlalți. Ori de câte ori acest echilibru este perturbat de evenimente specifice care întrerup modul adaptativ de descărcare a ostilității și de diminuare a vinovăției, agresivitatea cronic inhibată determină un tonus muscular crescut și duce într-o oarecare măsură la artrită.

La un număr mic dintre cazurile studiate, conflictele sexuale specifice erau gestionate pe baza mecanismului tipic de conversie simbolică. Întrebarea dacă acesta este supraadăugat la aceeași structură caracterială, ca la majoritatea cazurilor studiate de noi, sau dacă el poate servi independent ca factor precipitator rămâne deschisă. Presupunerea noastră actuală este că acești pacienți își exprimă și descarcă la nivelul mușchilor scheletici tendințele rebele refulate prin creșterea tonusului muscular. Asta ar pune simptomele lor în categoria

celor din isteria de conversie. Cel puțin, *modus operandi* este același ca în isteria de conversie — adică exprimarea unui conflict inconștient prin modificări somatice în musculatura voluntară. Presupunem că spasmele musculare și tonusul muscular crescut determinate de pulsuniunile ostile refulate pot să precipite în anumite condiții o criză de artrită.

O înțelegere a psihodinamicii artritei reumatoide clarifică problema numeroaselor remisii și recăderi care se produc la pacienți în decursul analizei. Dacă o cale veche de descărcare a ostilității este reactivată datorită unei complianțe neașteptate din partea soțului, s-a observat că artrita cedează. O femeie care suferea de o artrită foarte gravă, incapacitantă, trebuia să fie ajutată să se deplaseze de către soț. Când acesta a murit subit, ea s-a dat jos din pat, s-a ocupat de tot ce era necesar, a călătorit în celălalt capăt al țării în vederea înmormântării și a obținut o ameliorare imediată, ce a durat timp de câteva luni. S-a observat recurența artritei, atunci când ocaziile de a fi la dispoziția celorlalți într-un mod masochist sunt diminuate, urmată fiind de ameliorarea simptomelor atunci când sacrificiul de sine este din nou necesar, datorită condițiilor familiale. Pe măsură ce, sub influența psihanalizei, pacientul devine tot mai capabil să primească ajutor, boala se ameliorează.

În studierea artritei trebuie reținut faptul că tabloul personalității la cazurile cu invaliditate avansată este estompat de o adaptare psihologică cronică a personalității la starea de invaliditate. În mod firesc, caracterul preexistent are o influență asupra comportamentului, dar noile trăsături domină tabloul. Majoritatea autorilor care au studiat astfel de cazuri au fost impresionați de trăsăturile secundare, ca de exemplu stoicism și optimism. Pe lângă îndeplinirea dorinței prin autoamăgire, acest tip

de adaptare poate fi înțeles prin faptul că starea de boală eliberează pacientul de sentimentele de vinovăție și îi dă acestuia dreptul să aștepte atenția pe care anterior el și-o refuza sau o considera inacceptabilă. Acest lucru a fost clar observat la o pacientă care fusese nevoită să-și îngrijească ani în șir tatăl greu de mulțumit. Când artrita acesteia a progresat, ea a afirmat: „Acum, el va trebui să mă îngrijească pe mine“.

Opinia că tonusul muscular crescut joacă un rol în această boală este în mod adițional susținută de observația extrem de frecventă că pacienții artritici se plâng de rigiditate și de tensiune musculară la trezire. Unii dintre aceștia relatează că pozițiile corpului în timpul somnului sunt foarte îndoite. În multe cazuri, rigiditatea musculară și durerea au fost precursorii primei crize artritice. Am putea aminti utilizarea pe scară largă a neostigminei de către clinicienii care cred că reducerea spasmului muscular și a durerii pot să apară chiar și într-o încheietură deteriorată.

Aș dori să subliniez că în stadiul prezent al studiilor noastre nu suntem încă în măsură să evaluăm semnificația etiologică a tuturor acestor descoperiri. Presupunem că pulsiunile ostile inhibitate determină creșterea tensiunii musculare. Pulsiiunile ostile caută descărcare prin contracții musculare, dar inhibarea acestora duce la creșterea simultană a tonusului mușchilor antagoniști. Această stimulare concomitentă a antagoniștilor poate traumatiza încheieturile și favoriza un proces al bolii deja existent, care are poate o bază somatică încă necunoscută.

Înclinația pacienților artritici de a-și exprima tendințele refulate prin intermediul mușchilor scheletici a fost bine demonstrată de French și Shapiro în studiul asupra viselor unui pacient suferind de artrită reumatoidă (91).

Pacienții bărbați prezintă și ei o stare cronică de ostilitate rebelă inhibată. Aceasta pare să fie o reacție împotriva tendințelor feminine dependente inconștiente pentru care ei supracompensează prin agresivitate. Inhibarea acestor pulsioni agresive creează un tablou psihodinamic similar celui întâlnit la pacienți.

Validarea finală a acestor idei va trebui să aștepte până ce studiile miografice extensive ajung să măsoare variațiile tensiunii musculare la pacienții artritici și non-artritici, în corelație cu diverse stări emoționale. Rezultatele preliminare ale unui studiu inițiat sub formă de colaborare între Institutul Psihosomatic din cadrul Spitalului Michael Reese și Institutul de Psihanaliză din Chicago arată că un grad de reacție musculară la stimulii emoționali, mai mare decât cel normal, este prezent la pacienții artritici și la alte categorii de pacienți, ca de exemplu cei hipertensivi. Aceasta indică faptul că vor mai fi descoperiți și alți factori caracteristici pacientului artritic. În stadiul actual al cunoașterii este încă prea devreme să desprindem orice concluzii privind efectul psihoterapiei în aceste cazuri. În evaluarea faptului că mulți dintre acești pacienți au fost tratați cu succes prin psihoterapie ar trebui să se țină seama de frecvența remisiilor spontane de durată mai scurtă sau mai lungă în această boală.

Patternul dinamic specific în artrita reumatoidă

Influență parentală restrictivă și (la femei) exagerat de protectoare în copilărie → revoltă împotriva influenței parentale restrictive → anxietate → refularea tendințelor rebele din cauza dependenței excesive întreținute de protecția parentală excesivă → exprimarea revoltei în sporturi competiționale și activități în aer liber în copilărie și

adolescența timpurie → exprimarea ostilității prin asocierea dintre ajutorarea și controlarea mediului (tiranie binevoitoare) în viața ulterioară; în plus, respingerea rolului feminin (protest masculin) → întreruperea patternului eficient de a servi și totodată domina mediul → creșterea tonusului muscular → *artrită*.

2. *Individul predispus la accidente*

Punctul de vedere al psihiatriei moderne că majoritatea accidentelor nu sunt de fapt accidente, ci sunt în mare parte cauzate de predispoziția victimei nu este altceva decât o confirmare a observării generale. Strict vorbind, un accident este o întâmplare a cărei cauză se află în afara controlului individului. O cărămidă căzând în capul unui trecător este un eveniment total întâmplător, în special dacă trecătorul nu este avertizat printr-un semn că este probabil ca un astfel de eveniment să apară într-un anumit loc. Cu toate acestea, majoritatea accidentelor industriale, de circulație și domestice au o natură diferită. Cel care suferă accidentul are o anumită contribuție activă la producerea acestuia. Se obișnuiește să se presupună că el a fost neîndemânatic, obosit, neatent, altminteri el ar fi putut evita accidentul.

Cu toate acestea, cercetarea științifică atentă a stabilit că majoritatea accidentelor nu sunt cauza unor astfel de caracteristici omenești simple. Unii oameni sunt predispuși la mai multe accidente decât alții, nu pentru că sunt neîndemânatici sau distrați, ci din pricina structurii personalității lor. Factorul semnificativ nu îl reprezintă o anumită trăsătură izolată, cum ar fi reacția lentă sau lipsa inteligenței, ci ține de ceva mult mai profund, legat de ansamblul personalității individuale. Prezintă câteva

concluzii surprinzătoare cu privire la factorul uman în producerea accidentelor.

Cu mai bine de 20 de ani în urmă, Marbe (146), un psiholog german, a făcut observația remarcabilă că la o persoană care a avut o dată un accident probabilitatea de a avea un altul este mai mare decât în cazul unei persoane care nu a suferit niciodată un accident. Studiile statistice asupra companiilor industriale mari au arătat că accidentele nu au o distribuție uniformă în rândul angajaților, dar că un procent foarte mic al angajaților au un procent foarte ridicat de accidente. De aici s-ar putea trage concluzia că este posibil ca angajații care au cele mai multe accidente să fie cei ale căror sarcini la locul de muncă sunt cele mai periculoase. Că situația stă cu totul altfel o demonstrează oricum faptul că acele persoane care au cele mai multe accidente într-un anumit tip de activitate vor avea cele mai multe accidente și în alte activități. Mai mult, acei angajați care figurează cu cele mai grave accidente la locul de muncă prezintă de asemenea cea mai mare frecvență a accidentelor acasă sau în drumul spre serviciu.

Într-un studiu asupra accidentelor de mașină din Connecticut s-a stabilit că, în interval de 6 ani, un indice de doar 3,9% din totalul șoferilor implicați în accidente sunt cei care au avut 36,4% din totalul accidentelor (171).

O mare companie care angajează un număr mare de șoferi de camion a fost afectată de costurile ridicate din cauza accidentelor de mașină și a încercat să analizeze cauzele producerii acestora, cu scopul de a le reduce frecvența. Printre alte metode utilizate, reprezentanții companiei au examinat numărul de accidente produse de fiecare șofer și în final i-au transferat pe aceia care produsese cel mai multe în alte poziții din cadrul

companiei. Prin acest procedeu simplu, ei au reușit să reducă rata accidentelor la 1/5 din nivelul inițial. Cel mai interesant la acest studiu a fost faptul că șoferii care au avut o rată ridicată a accidentelor au continuat să aibă accidente la noile locuri de muncă. Acest lucru arată, fără îndoială, că se poate vorbi de indivizi predispuși la accidente și că ei manifestă această predispoziție în orice ocupație și în viața de zi cu zi.

Următoarea problemă a constituit-o determinarea acelor caracteristici ale unei persoane care o predispun la accidente. Dunbar (72, 75) care a studiat, pe baza metodelor moderne ale psihiatriei, un număr mare de pacienți cu fracturi descrie persoana predispusă la accidente astfel: ea este hotărâtă sau chiar impulsivă; este orientată spre obținerea imediată a plăcerii și a satisfacției. Este capabilă să acționeze sub impulsul momentului. Îi place aventura și să trăiască intens, dar nu îi place să-și planifice și să se pregătească pentru viitor. Un mare număr dintre persoanele predispuse la accidente avuseseră o educație strictă și au rămas de pe urma acesteia cu o revoltă neobișnuită la adresa persoanelor cu autoritate. Pe scurt, aceștia sunt oameni de acțiune, nu de planificare, persoane la care nu este loc de multă deliberare și ezitare între impulsuri și realizarea acestora. Această impetuozitate ar putea avea diverse motivații, dar, aparent, cel mai frecvent la originea sa se află răzvrătirea împotriva restricțiilor impuse de o autoritate și a tuturor formelor de constrângere externă. Persoana predispusă la accidente este în esență rebelă; ea nu poate tolera nici măcar autodisciplina. Ea se revoltă nu numai împotriva autorității externe, ci și a regulii impuse de propria judecată și de autocontrol.

Studiul psihanalitic intens al câtorva cazuri a permis o cunoaștere chiar mai profundă a complexității

vieții emoționale a persoanei predispuse la accidente. Deosebit de relevante au fost studiile care cercetau atent starea emoțională a persoanei imediat înaintea accidentului. Dunbar (72, 75), Karl Menninger (153), Rawson (6), Ackerman și Chidester (185) și alți autori au arătat că în cele mai multe cazuri de accidente există un element de intenționalitate, chiar dacă acesta este desigur de natură inconștientă. Cu alte cuvinte, cele mai multe accidente au o motivație inconștientă. Ele aparțin acelei categorii de fenomene care au fost descrise de Freud ca acte ratate din viața cotidiană, ca de exemplu rătăcirea unui obiect, uitarea expedierii unei scrisori, greșelile de scriere sau de vorbire. Freud a arătat că astfel de erori nu sunt întâmplătoare în sensul strict al cuvântului, ci au o intenționalitate inconștientă. Când un conducător al unei ședințe declara în mod eronat ședința închisă, în loc de deschisă, el avea un motiv fundamentat, dar ascuns, pentru a face acest lucru. O persoană care poartă în buzunarul său o scrisoare timp de mai multe zile are un motiv precis, chiar dacă inconștient, de a nu o trimite. În mod asemănător, majoritatea accidentelor sunt determinate de motivații inconștiente, chiar dacă de obicei consecințele acestora sunt mult mai serioase decât în cazul erorilor inofensive ale vieții cotidiene.

Investigația psihanalitică a dezvăluit natura motivațiilor inconștiente care determină indivizii să acționeze într-un mod care atrage după sine accidentele. Cel mai des întâlnită motivație este sentimentul de vinovăție de care victima încearcă să se elibereze prin pedeapsa autoimpusă. Accidentul indus inconștient servește acestui scop. Din moment ce această afirmație poate suna nevroșimil, voi încerca să o ilustrez cu câteva scurte exemple. Ackerman citează următorul caz:

Un tânăr și-a dus mama cu mașina la cumpărături. O implorase să îl lase să folosească mașina a doua zi pentru a se duce la pescuit. Aceasta l-a refuzat, după care el s-a fâțâit nervos, în mod „accidental” a călcat accelerația și a intrat cu mașina într-un șanț, răbindu-se și răbind-o și pe mama sa.²

Combi-nația dintre răzbunare și vinovăție era evidentă în acest caz; tânărul și-a pedepsit mama, dar totodată s-a pedepsit și pe sine.

Conform lui Rawson, 60% dintre pacienții cu fracturi care au fost studiați psihiatric și-au mărturisit vinovăția și resentimentul în relația cu o anumită persoană implicată în accident. El dă următoarele exemple:

Un băiat portorican de 16 ani spunea: „A fost de fapt vina mea, pentru că mama a spus că cina era gata și nu trebuia să ies. Cu toate acestea am ieșit ca să particip la un meci de lupte și mi-am fracturat mâna. Oricum, cred că mamei îi pare rău pentru că este atât de strictă cu mine”.

O femeie de 27 de ani s-a rănit alunecând pe balustrada scărilor. Ea își descărcase întotdeauna nervii produși de părinți și ulterior de soț prin astfel de gesturi. „Poate că ar fi trebuit să știu mai bine ce fac, dar nu aș fi devenit astfel dacă ei ar fi avut mai multă înțelegere și m-ar fi tratat mai mult ca pe o persoană în loc să fie atât de stricți.”

O secretară a căzut și și-a fracturat șoldul. „Mi-am întrebat prietenii de ce trebuie să fiu pedepsită în felul ăsta.

² N.W. Ackerman și L. Chidester: „'Accidental' Self-Injury in Children”, *Arch. Pediat.* 53:711, 1936.

Nu-mi amintesc să fi făcut vreodată ceva rău, dar trebuie să fi făcut ceva îngrozitor.”³

La baza acestei combinații neobișnuite de emoții se află o atitudine predominantă și adânc înrădăcinată în societatea actuală, și anume că suferința ispășește vinovăția. Dacă copilul greșește cu ceva, el este pedepsit. Prin suferința pe care pedeapsa i-o produce, el compensează pentru vinovăție, și astfel se face demn de dragostea părinților pe care o recâștigă. Legile dreptului penal actual au la bază aceeași atitudine. Contravenientul își ispășește pedeapsa, iar apoi el se poate întoarce în comunitate ca persoană liberă, după ce a plătit pentru delictele sale. Conștiința umană aplică același principiu la nivelul personalității, acționând ca un judecător internalizat care ne pretinde să plătim prin suferință pentru greșelile făcute. Suferința ne eliberează de muștrările conștiinței vinovate și reinstaurează pacea internă.

Cea mai frecventă cauză a sentimentelor de vinovăție la copii sunt pulsuniunile ostile, de răzvrătire împotriva părinților. Persoana predispusă la accidente păstrează revolta din copilărie la adresa persoanelor cu autoritate și în viața adultă; totodată sunt păstrate reacțiile în urma vinovăției, trăite inițial în raport cu părinții. Combinația celor două, a resentimentului și vinovăției, reprezintă un factor des întâlnit în accidente. Acele persoane la care nevoia de autopedepsire este foarte intensă formează majoritatea indivizilor predispuși la accidente. Sentimentele de vinovăție sunt explicit evidențiate de întrebarea frecventă pe care victima și-o pune imediat după accident: „De ce mi s-a întâmplat tocmai mie? Ce am făcut ca să merit asta?” Aceste întrebări arată că sentimentul vino-

³ A.T. Rawson: „Accident Proneness”, *Psychosom. Med.* 6:88, 1944.

văției, chiar dacă nu este în totalitate conștient, este intuit vag de către pacient.

Cu mai bine de 20 de ani în urmă, am ajuns să cred în intenționalitatea inconștientă a anumitor accidente. Am consultat un bărbat inteligent de vârstă mijlocie, suferind de o depresie severă pe care a dezvoltat-o în urma eșecului în lupta pentru asigurarea existenței. Provenea dintr-o familie bogată, importantă social, dar se căsătorise cu cineva de condiție socială mai modestă. După căsătorie, tatăl său și restul familiei refuzaseră să îl mai vadă. Strădania sa îndelungată pentru a-și câștiga existența s-a încheiat (din cauza inhibițiilor sale de origine nevrotică) cu o prăbușire psihică totală. I-am recomandat să înceapă o analiză cu un coleg, întrucât avusesem relații personale cu el și familia sa și eram bine familiarizat cu istoricul său anterior. Lui i s-a părut dificil să ia această decizie. Într-o seară, pe când se pregătea să ia decizia finală, mi-a cerut să mă viziteze, în ideea de a discuta încă o dată argumentele pro și contra. Dar nu a ajuns; fusese accidentat de o mașină în vecinătatea casei mele. A fost dus la spital suferind de răni grave. Doar a doua zi am aflat despre accidentul său. Când l-am găsit în secția destinată oamenilor nevoiași a spitalului, era bandajat ca o mumie. Nu se putea mișca, și tot ce i se mai vedea din față erau ochii strălucind de euforie. Era bine dispus, eliberat de melancolia apăsătoare a ultimelor zile. Primele cuvinte cu care m-a întâmpinat au fost: „Acum am plătit pentru tot; acum pot în sfârșit să-i spun tatălui meu ce cred despre el”. A vrut să dicteze imediat o scrisoare hotărâtă către tatăl său, cerându-i acestuia partea lui din averea mamei sale. Avea multe planuri și se gândea să înceapă o nouă viață.

Cel mai impresionant la această povestire este sentimentul de eliberare pe care acest pacient l-a obținut de

pe urma accidentului său. Acesta l-a eliberat de presiunea conștiinței sale încărcate, provocată de sentimentele sale extrem de ostile împotriva familiei lui, care refuza să-i recunoască mariajul. După accident, era gata să-și exprime liber toate resentimentele și să-i spună tatălui său ce credea despre el.

Uneori există alte motivații inconștiente la baza producerii accidentelor ca, de exemplu, dorința de a evita responsabilitatea, de a fi îngrijit și chiar cea legată de despăgubiri financiare.

Pe scurt, individul predispus la accidente are un caracter impetuos, el transformând imediat impulsurile sale de moment în acțiune. El nutrește o revoltă adânc înrădăcinată împotriva normelor exagerate de educație — un puternic resentiment față de persoanele cu autoritate. În același timp, are o conștiință severă care îl face să se simtă vinovat pentru revolta lui. Prin accidentul provocat inconștient, el își exprimă resentimentul și răzbunarea, plătind pentru revolta sa prin rănirea suferită.

Din moment ce principalii factori în producerea accidentelor nu sunt externi, ca, de exemplu, utilaje defecate sau condiții adverse de genul vreme, întuneric etc., ci se află în interiorul persoanei care are accidentul, principalele măsuri de prevenire trebuie să fie orientate spre persoana în sine. Există doar două modalități eficiente de abordare a acestui factor uman: una este schimbarea individuală, iar cealaltă constă în ținerea la distanță a persoanei predispuse la accidente de acele profesii în care riscul este mare. Ambele măsuri necesită metode bine fundamentate, prin care individul cu această predispoziție să poată fi recunoscut. Deoarece factorii psihologici care predispun un individ la accidente nu sunt simple caracteristici izolate, ei nu pot fi identificați prin meto-

dele uzuale ale testării psihologice. Interviuul psihiatric condus de un specialist, care evidențiază întregul istoric de viață anterior al unei persoane, este metoda cea mai sigură. Obiceiul de a avea accidente se dezvoltă de timpuriu în viață și se manifestă la adolescent ca o înclinație observabilă la a se răni fizic, chiar dacă numai ușor. Combinația dintre resentimentul excesiv și vinovăție se manifestă în copilăria timpurie sub diverse forme familiare psihiatrului specialist.

Funcțiile aparatului sexual și tulburările acestora

de THERESE BENEDEK

Abordarea psihosomatică a medicinei se confruntă cu cea mai promițătoare provocare a sa atunci când vine vorba de cercetările referitoare la funcțiile aparatului sexual, pentru că în nici un alt domeniu relația dintre aspectele psihologice și cele fiziologice ale unei funcții nu sunt atât de intim legate cum sunt în sexualitate.

Încă din cele mai vechi timpuri se cunoaște faptul că glandele sexuale — testiculele și ovarele — exercită o influență semnificativă asupra temperamentului și comportamentului. Atât castrarea, înlăturarea testiculelor, cât și sterilizarea (înlăturarea ovarelor) au fost dintotdeauna utilizate în fermele de animale, în scopul obținerii schimbărilor de temperament necesare domesticirii animalelor și pentru realizarea modificărilor metabolice destinate să îmbunătățească gustul cărnii acestora. S-a observat că și la specia umană castrarea reduce virilitatea, nu doar pentru că determină sterilitatea, ci și pentru că ea este urmată de schimbări fizice ale caracteristicilor sexuale și corporale, schimbări emoționale care reduc tendințele

către activități specific masculine. În mod similar, la femei, extirparea ovarelor la vârste mici sau insuficiența ovariană înăscută produce sterilitate și împiedică dezvoltarea normală a caracteristicilor feminine fizice și emoționale.

La trecerea dintre secole, experimente remarcabile au dovedit rolul glandelor sexuale (gonadele) în producerea hormonilor sexuali. Ipoteza inițială avansată de Freud că „chimia perturbată a persoanei nesatisfăcută (din punct de vedere sexual) produce anxietate și astfel duce la alte simptome” (92) era în concordanță cu perspectivele celorlalți biologi ai timpului său. În primul său studiu cuprinzător asupra teoriei sexualității (94), Freud și-a exprimat speranța că endocrinologia va deține răspunsul la întrebările cu privire la comportamentul sexual normal și patologic. De atunci, psihanaliza a elaborat foarte detaliat rolul pe care pulsivitatea sexuală și energia psihică corespunzătoare acesteia — libidoul — îl au în dinamica proceselor psihice. S-a stabilit faptul că maturizarea funcției sexuale și integrarea personalității sunt procese aflate într-o strânsă interdependență. Însă aceste investigații nu au luat în considerare substratul endocrinologic al sexualității. Endocrinologia și-a urmat în mod independent propria dezvoltare.

După izolarea și sinteza hormonilor steroidieni, experimentele făcute pe mamifere inferioare păreau să susțină ipoteza conform căreia comportamentul sexual se află doar sub controlul agenților chimici. A fost demonstrat că la mamiferele inferioare funcționarea ciclică a ovarelor guvernează comportamentul sexual: împerecherea are loc la apogeul perioadei de rut, repetată la intervale regulate — când sunt în călduri —, ce se manifestă prin diverse activități recunoscutibile ce conduc la acuplare. Cu toate acestea, observațiile făcute asupra pri-

matelor au evidențiat discrepanțe în relația proporțională dintre funcția gonadei și comportamentul de împerechere (Maslow — 149). Activitatea sexuală a primatelor poate fi stimulată de o varietate de factori, independent de perioada de rut. La om, stimulii complecși și variabili care motivează comportamentul sexual pot masca ciclul fiziologic aproape în totalitate. Când a devenit clar că explicarea comportamentului sexual nu se putea face doar pe baza funcției gonadei, rolul jucat de acțiunea hormonilor din ierarhie și interacțiunea factorilor care motivează comportamentul sexual au trebuit să fie studiate.

Din corpusul larg de informații fiziologice existente, vom menționa doar acele date cu privire la funcționarea sexuală a tuturor mamiferelor. La ambele sexe, gonadele se află sub activitatea reglatoare a glandei pituitare. Prin secreția unor hormoni specifici, glanda pituitară influențează creșterea corporală, precum și multe aspecte ale metabolismului, iar prin intermediul secreției de *hormoni gonadotropi* ea stimulează maturarea și controlează funcțiile testiculelor și ovarelor. Acest proces este mai simplu la bărbat decât la femeie. Sub influența hormonilor gonadotropi testiculele produc gameții masculini, *spermatozoizii*, și un grup de hormoni denumiți *androgeni*¹, care sunt considerați responsabili pentru dezvoltarea caracteristicilor fizice și emoționale specifice virilității. La femeie, procesul este mult mai complex: există o interacțiune între funcția glandei pituitare și ovare, care generează o modificare ritmică în producerea gonadotropinelor, ce determină, la rândul lor, natura ciclică a activității ovariene. Ovarele produc gameții feminini — *ovulele* — și două grupe de hor-

¹ Agentul chimic al androgenilor este *testosteronul*.

moni, care sunt produși în succesiune: *estrogenii*, ce stimulează maturizarea celulelor sexuale, și *progestogenii*, care asigură nidația și păstrarea ovulului fertilizat. Ambele tipuri de hormoni exercită o influență specifică asupra caracteristicilor sexuale secundare și asupra structurii emoționale a femeii.

Este bine cunoscut faptul că hormonii produși de gonadă sunt absolut necesari pentru încheierea proceselor de maturizare care conduc la procreare. Cu toate acestea, „hormonul nu trebuie considerat ca un stimul pentru comportament, și nici ca un factor determinant pentru reacția manifestă, ci doar ca un agent facilitator care crește reactivitatea sistemului neuromuscular specific la stimulare”². Rolul fiziologic al hormonilor produși de gonadă în organism este influențat de „o capacitate de reacție a mecanismului nervos, determinată genetic” (Beach — 24). La om, dispoziția primară a sistemului nervos de a răspunde la stimularea internă și externă atinge o înaltă complexitate datorită factorilor externi (culturali) care modifică atât stimulii, cât și reacțiile individului la aceștia. Prin urmare, efectele funcției gonadei la nivel individual pot fi cu greu separate de factorii psihologici care determină dezvoltarea personalității ca unitate funcțională continuă.

O trecere în revistă a conceptelor psihanalitice referitoare la dezvoltarea personalității, care include integrarea funcției procreative normale alături de celelalte funcții ale personalității, nu face obiectul acestei prezentări.³

² F.A. Beach: *Hormones and Behavior*. New York și Londra, Paul B. Hoeber, Inc., 1948.

³ Cele mai semnificative concepte dinamice referitoare la dezvoltarea personalității sunt discutate în F. Alexander: *Fundamentals of Psychoanalysis* (8). O prezentare cuprinzătoare a dezvoltării personalității realizată de autoarea acestui capitol va apărea în *Dynamic Psychiatry*, de Alexander et al.

Pentru a elucida factorii care determină disfuncțiile aparatului sexual, va fi discutat rolul bisexualității emoționale în maturizarea psihosexuală.

Sexul individului este determinat în momentul concepției de către structura cromozomială a gameților. Astfel, embrionul este înzestrat cu potențialitatea de a se dezvolta către unul dintre sexe. Există însă dovezi că această dezvoltare nu este o certitudine absolută; că deja din uter pot apărea condiții care să împiedice dezvoltarea embrionului de sex bărbătesc către masculinitate. Acest lucru se întâmplă, de exemplu, prin bombardarea embrionului bărbătesc cu hormoni sexuali feminini într-o așa măsură încât are loc o „schimbare treptată în celălalt sex”^{*}. De aceea, nu genele, ci condițiile hormonale „externe” pot fi răspunzătoare pentru gradele variate de *bisexualitate* la naștere (Hoskins — 122). Termenul de „bisexualitate” nu se referă aici la hermafroditismul anatomic sau alte forme manifeste ale schimbării treptate în celălalt sex, ci la o *predispoziție specifică pentru anumite reacții la influențele mediului*. Mediul nou-născutului este definit de simbioza încă existentă între mamă și copil. Prin alăptare și îngrijirea fizică, mama transmite influențe ce au semnificație diferită pentru copiii de cele două sexe. Hormonii pe care fata îi primește de la mamă, precum și tendințele normale ale dezvoltării către identificarea cu mama corespund cu scopul dezvoltării psihosexuale ulterioare a fetei. Pe de altă parte, băiatul primește prin alăptare o influență endocrină care i-ar putea intensifica componenta feminină; dezvoltarea băiatului în timpul fazei oral-receptive se realizează prin identificare cu mama; acest lucru ar putea, de asemenea, con-

* Termenul în original este „sex intergrade”. El a fost tradus prin „schimbare treptată în celălalt sex” (N. t.)

tribui la tendința către reacții bisexuale, care sunt în opoziție cu scopul dezvoltării psihosexuale la bărbați.

Manifestările bisexualității psihice pot fi recunoscute încă din fazele pregenitale timpurii ale dezvoltării. Băiatul în vârstă de doi ani, dacă este un „băiat adevărat”, va manifesta o înclinație către autoafirmare și independență, în timp ce „fricosul sau fetița” se teme de orice acțiune nouă și se retrage din fața autoafirmării pentru a-și asigura continuarea dependenței sale față de mamă. Nu se știe dacă factorii endocrini joacă vreun rol în aceste fenomene. Copiii de ambele sexe produc cantități mici de hormoni estrogeni și androgeni; cu toate acestea, nu se știe dacă acești hormoni contribuie la „surplusul de excitație” care produce libidoul pregenital (Alexander — 8). Nu se știe nici dacă există vreo modificare în hormonii „gonadici”, atunci când copilul intră în *faza oedipiană* și își îndreaptă cererile sale cu coloratură erotică spre părintele de sex opus, și astfel devine „vinovat” și se teme de pedeapsa din partea părintelui de același sex. Oricum, se pare că, mai mult ca sigur, rezultatul psihodinamic al acestui conflict crucial este puternic influențat de componentele bisexuale ale înzestrării psihosexuale native. „Realitatea emoțională” a *complexului castrării* depinde doar parțial de intensitatea dorinței pulsionale; în egală măsură, sau chiar într-o măsură mai mare, ea este influențată de mediu: de pedepsele și seductivitatea părinților, de sentimentul de securitate trăit de copil în relația cu aceștia; și nu în ultimul rând, ea depinde de temperamentul copilului, care-l face să trăiască ideea că este posibilă castrarea, pierderea penisului, ca pe o realitate posibilă. (Alexander și Staercke au evidențiat faptul că băiețelul este pregătit pentru pierderea penisului prin senzațiile timpurii produse de scăparea mamelonului din gură în timpul alăptării și de pierderea materiilor fecale

prin anus, din moment ce el le considera cândva ca părți ale Sinelui. În același mod, senzațiile erectile pasagere, care apar și dispar fără ca el să le poată controla, pot speria copilul.) Psihanaliza demonstrează în mod curent că descoperirea regiunii genitale feminine reprezintă trauma ce fixează în mintea băiețelului ideea că penisul poate fi pierdut, din moment ce există ființe umane care nu au unul. Prin urmare, pentru băiețel organele genitale feminine pot apărea ca un organ devorator care ar putea încorpora penisul și să îl păstreze înăuntrul său. Identificarea cu agresorul este cea mai eficientă apărare împotriva acestei angoase de castrare. Prin identificarea cu mama, băiatul dezvoltă „forma negativă a complexului Oedip”; în locul identificării cu tatăl în tendința de a-și iubi mama, el dorește să fie iubit de către tată și să o înlocuiască pe mamă alături de acesta. O astfel de soluție la complexul Oedip este deosebit de importantă pentru economia psihică: ea reduce teama față de organele genitale feminine și totodată amână teama provocată de pedeapsa din partea tatălui. Procesul se desfășoară în mod similar la fetele care manifestă tendințe puternice către identificarea masculină. În cazul acesteia, din cauza pulsionilor heterosexuale, fata și-a format ideea că penisul este un „organ periculos”, și ea rezolvă conflictul oedipian prin identificare cu tatăl. Prin dorința intensă de a avea un penis sau prin iluzia că are deja unul sau că acesta îi va crește, fata refulează teama provocată de organele genitale masculine, nutriend în același timp speranța că este iubită de mamă în același mod în care aceasta îl iubește pe tată și/sau pe frate.

Manifestările tendințelor bisexuale pot fi recunoscute în timpul fazelor pregenitale prin variațiile privind identificările copilului. Cu toate acestea, numai în urma conflictului fazei oedipiene se evidențiază diferențele canti-

tative dintre tendințele feminine și cele masculine, dintre disponibilitatea de asumare a riscurilor dezvoltării heterosexuale și tendința de retragere din fața acesteia, datorată forței tendințelor ce se opun acesteia. În studiul său extins asupra enurezisului (99), Margaret Gerard arată că enurezisul, ca simptom nevrotic, reprezintă manifestarea unei tendințe bisexuale. Atât băieții, cât și fetele suferă de spaime nocturne al căror conținut se referă la teama de a fi atacat de un adult de sex opus. Teamă mobilizează o excitație de tip sadomasochist care este descărcată prin urinare. Comportamentul băieților este regresat, pasiv și autodepreciativ; fetele supracompensează devenind foarte active, motivate fiind de identificarea lor masculină. Din numeroasele variații posibile ale constelațiilor complexului Oedip, am selectat una care, datorită faptului că intensifică înclinațiile feminine la băiat și pe cele masculine la fată, întărește tendințele bisexuale ale individului.

Realizarea potențialului de dezvoltare este unul dintre efectele fazei oedipiene a dezvoltării; un alt rezultat al acesteia este o nouă structură la nivelul personalității, pe care Freud a denumit-o *Supraeu*. Această instanță psihică reprezintă încorporarea interdicțiilor care, în cultura actuală, pretind refularea activităților sexuale în copilărie. Prin influența restrictivă exercitată de Supraeu, factorii psihologici capătă o mai mare importanță în controlul asupra procesului de maturizare sexuală.

Echilibrul psihic este dat de stabilitatea funcționării la nivelul diferitelor structuri ale personalității. În consecință, depinde de puterea Eului — capacitatea acestuia de a refula stimulii perturbatori —, pe de o parte, și de intensitatea acestor stimuli, pe de altă parte, dacă după refularea tendințelor oedipiene se dezvoltă *perioada de latență*, o perioadă în care sexualitatea nu mai este

conștientizată. Există civilizații în care perioada de latență nu este o cerință culturală. Cu toate acestea, și în cadrul acestora, societatea dezvoltă mijloace și reguli în scopul protejării copiilor de propria sexualitate și de cea a adulților (Mead — 151). În ciuda nevoilor stricte de refulare a pulsioniilor sexuale, există mulți copii care pe perioada latenței (cuprinsă între 6 și 11 sau 12 ani) sunt tulburați de fantasme și activități sexuale, ce generează conflicte atât cu mediul, cât și cu propriul Supraeu. În evaluarea factorilor care ar putea fi responsabili de excitația sexuală din perioada de latență pot fi luate în considerare diferite posibilități: (1) Un surplus necunoscut de excitație este direcționat prin aparatul sexual; (2) stimulii sexuali care nu pot fi gestionați se datorează stimulării endocrine specifice; (3) capacitatea Eului de a reprima pulsioniile sexuale este prea slabă și, prin urmare, impulsurile instinctuale nu prea puternice ar putea trece bariera și necesita gratificare imediată. Analiza poate pune în evidență o combinație a acestor factori. Se întâmplă adesea ca Eul să pară slab cu privire la reprimarea pulsioniilor sexuale care își au originea în tendințele conflictuale. Pe baza evaluării psihanalitice a dezvoltării individuale se poate estima rolul pe care experiențele sexuale ale perioadei oedipiene și de latență l-au jucat în modificarea, precipitarea și/sau împiedicarea maturizării psihosexuale. Totuși nu există dovezi ale existenței unor abateri corespunzătoare în procesele aparatului endocrin. Observațiile psihanalitice tind să confirme că fixațiile la nivelul sexualității pregenitale și repetiția compulsivă a acestora în timpul perioadei de latență, precum și teama de castrare care le însoțește sau motivează mai degrabă întârzie decât accelerează încheierea maturizării sexuale. Fenichel presupunea că „orice fixație modifică în mod inevitabil starea hormonală” (83). Această

presupunere ar putea probabil să nu fie validată, chiar dacă metodele cercetării endocrinologice ar fi mai avansate.

La *pubertate*, hormonii gonadotropi produși de glanda pituitară stimulează producerea de androgeni și de hormoni ovarieni, determinând la ambele sexe apariția treptată a caracteristicilor sexuale secundare. Pubertatea — maturarea fiziologică a gonadelor — pune în mișcare procesele emoționale implicate în dezvoltare ce alcătuiesc perioada *adolescenței*. Simptomele neliniștitoare specifice adolescenței reprezintă expresia unei reorganizări în structura personalității. Aceasta este pusă în mișcare de creșterea bruscă a „surplusului de energie” produs prin activitățile gonadelor și ale altor procese de creștere. Pe de altă parte, ar constitui o simplificare exagerată să presupunem că în timpul adolescenței o sexualitate matură fiziologic se luptă cu inhibițiile ce își au originea în interdicțiile sexuale introiectate din trecut și în realitățile sociologice din prezent, iar acest lucru ar putea amâna gratificarea sexuală. Studii recente ale diferiților cercetători din Pacificul de Sud (Montagu — 167) au arătat că la femei există în decursul adolescenței o perioadă de sterilitate. Acest fapt denotă că încheierea procesului maturării fiziologice necesită un timp îndelungat chiar și în civilizațiile la care dezvoltarea psihosexuală nu trece prin perioade de refulare și latență. Este firesc să ne așteptăm ca perioada adolescenței (și încheierea maturității fiziologice) să dureze chiar mai mult în civilizația actuală, în care scopul maturizării sexuale poate fi atins doar prin aplanarea conflictului dintre pulsivitatea sexuală și celelalte funcții ale personalității.

În timpul adolescenței, sexualitatea evoluează de la stadiul de excitație generală ce produce plăcere la cel de nevoie esențială; satisfacerea ideală a acesteia se reali-

zează doar prin actul sexual cu o persoană de sex opus. Însă creșterea bruscă a cantității de energie sexuală reactivează conflictele din perioadele anterioare de dezvoltare și afectele care le însoțesc. Ea reactivează modalitățile pregenitale de gratificare și retrezește angoasele care au însoțit conflictul oedipian. De aceea, la debutul adolescenței, o angoasă profundă separă cele două sexe. Gradul de intensitate al conflictului la adolescență, pentru ambele sexe, este determinat de cele două componente psihodinamice ale sale: intensitatea nevoii pulsionale produsă de excitația fiziologică și angoasa castrării, originară în conflictele de dezvoltare anterioare, ea cunoscând o reactivare datorită excitației fiziologice. Procesul adolescenței este rezultatul interacțiunii complexe dintre forțele fiziologice și cele psihice, care în mod normal conduce la rezolvarea angoasei castrării.

Maturitatea sexuală presupune ca individul să fi învățat să obțină gratificarea nevoilor sale pulsionale în acord cu prevederile conștiinței sale. Aceasta, chiar și fără o elaborare suplimentară asupra proceselor dinamice, indică faptul că sexualitatea genitală la individul adult se află sub controlul unui Eu înalt organizat. În încercarea de obținere a gratificării, energia sexuală genitală trebuie să se supună condițiilor Supraeului și să învingă rezistențele pe care i le pune Eul; atât restricțiile Supraeului, cât și apărările Eului pot împiedica și întârzia expresia liberă și descărcarea libidoului. Cu toate acestea, nu doar Eul și Supraeul, ci și pulsunile instinctuale ar putea împiedica integrarea specifică maturității sexuale: fixațiile la moduri pregenitale de gratificare pot cheltui energia sexuală; anxietatea produsă de conflictele pregenitale poate devia această energie forțându-i descărcarea prin modalități infantile. Ca urmare, energia psihosexuală poate fi cheltuită în întregime sau parțial în procesele in-

trapsihice. Ținând seama de astfel de considerații asupra economiei proceselor intrapsihice, se pare că nu producerea energiei sexuale, ci modul în care aceasta este cheltuită explică variațiile comportamentului sexual uman.

Chiar și o prezentare succintă a interacțiunii dintre maturizarea sexuală și dezvoltarea personalității arată că integrarea pulsionilor sexuale parțiale caracteristice surselor pregenitale sub primatul genitalității este axa în jurul căreia se realizează organizarea personalității. Privită din punctul de vedere al funcției sexuale, pulsionea sexuală e organizată diferit la bărbat și femeie, pentru a furniza motivația ce stă la baza funcțiilor lor distincte în procreare.

1. Funcțiile sexuale la bărbat

Funcția sexuală la bărbat este realizată într-un singur act: în coitus. Prin acest act, bărbatul obține gratificarea nevoii sale heterosexuale și, totodată, eliberează spermatozoizii în canalul genital feminin și în acest mod face posibilă fertilizarea (concepția). Prin urmare, pulsionea sexuală masculină este controlată de un singur grup de hormoni sexuali — androgenii. La bărbatul adult există o corelație între producția de hormoni gonadici și presiunea exercitată de pulsionile sexuale (Pratt — 183). În orice caz, la bărbați nu există un ciclu regulat repetitiv de diminuări și reintegrări ale modelului psihosexual, direct comparabil cu ciclul sexual la femei. Pot fi observate la bărbați fluctuații ale stărilor emotionale, care, deși nu au cu o periodicitate regulată, par să depindă de funcția gonadei. Manifestările lor sunt din punct de vedere clinic asemănătoare celor întâlnite în depresia ușoară. Materialul psihanalitic pune în evidență o modificare a ten-

dinței heterosexuale: activitățile cu caracter general extravertit, precum și dorința sexuală apar diminuate; energia psihosexuală orientată asupra Sinelui dă naștere unei dispoziții ipohondrice. În timp ce la femei o astfel de stare emoțională poate fi considerată corespunzând unui nivel scăzut al hormonilor gonadici, la bărbați starea producției corespunzătoare de hormoni gonadici nu a fost încă investigată. Tendința la astfel de fluctuații emoționale ar putea fi independentă de producția hormonilor gonadici.

Independent de rolul jucat de hormonii gonadici în producerea și canalizarea energiei sexuale genitale, există observații care arată că organele periferice ale funcțiilor sexuale pot fi stimulate și de alți factori decât cei gonadici. Din acest punct de vedere putem considera percepția libidoului ca un corespondent la nivel psihic al organelor periferice. În mod normal, libidoul este perceput ca plăcere, ca o pulsione foarte plăcută, care, odată transmisă organelor sexuale, le sensibilizează în vederea descărcării tensiunii libidinale prin acțiuni destinate obținerii satisfacției. Într-o lucrare recentă, W.H. Perloff (179) a descris cazul unui bărbat eunucoid, care avea intense nevoi heterosexuale și își menținuse capacitatea de a obține erecția și orgasmul. Acest caz, precum și cel similar al unei fete care, deși suferea de agenezie ovariană, simțea atracție heterosexuală normală față de bărbați reprezintă o excepție. Însă astfel de cazuri arată faptul că la om libidoul și potența pot exista chiar dacă hormonii gonadici sunt diminuați sau absenți. Alte stări mai puțin ieșite din comun, ca de exemplu hipersexualitatea indivizilor aflați în perioada postclimacterică, demonstrează deopotrivă că tensiunea libidinală nu este proporțională cu producția de hormoni gonadici. Pe de altă parte, există diferențe în privința sentimentelor libidinale, pre-

cum și în comportamentul sexual, care nu pot fi puse în legătură cu cantitățile de hormoni gonadici produse, măsurabile prin metodele actuale de investigație. Economia proceselor intrapsihice — așa cum s-a discutat anterior — oferă explicații pentru aceste fenomene. Din moment ce energia psihosexuală poate fi cheltuită în procesele intrapsihice, este ușor de înțeles că energia sexuală genitală, deși poate fi rezultatul unei funcții normale a gonadei, nu atinge în fiecare caz nivelul necesar pentru integrarea aspectelor psihice și somatice ale sexualității.

2. Funcțiile sexuale la femeie

La femeie, creșterea și descreșterea producției de hormoni gonadici fac ca interacțiunea dintre funcțiile endocrine și procesele psihodinamice să fie accesibile studiului. Primele încercări ale unor astfel de cercetări s-au făcut atunci când autoarea, în colaborare cu B.B. Rubenstein, a studiat manifestările psihosexuale ale funcțiilor ovariene (28). Pe baza graficelor zilnice de temperatură și a secrețiilor vaginale, a fost stabilită faza ciclului ovarian la un grup de femei care se aflau în terapie psihanalitică. Rapoartele ședințelor psihanalitice au fost analizate în încercarea de a stabili dacă există modificări și fluctuații în manifestările psihosexuale ale pacientelor, legate în mod specific de ciclul ovarian. Pe baza unui astfel de studiu s-a schițat un grafic al ciclului menstrual. Când datele obținute prin metode independente au fost comparate, s-a constatat că acestea coincideau aproape exact; ambele metode folosite au putut stabili fazele semnificative ale funcțiilor ovariene. Comportamentul sexual la femeie este motivat de o mare varietate de factori; ten-

dințele biologice sunt mascate și modificate de modelele culturale și procesele de dezvoltare care determină diferențele individuale în exprimarea sexuală. În ciuda structurii psihologice complexe a personalității umane, acest studiu a stabilit că (1) manifestările emoționale ale pulsionii sexuale, ca de exemplu funcția reproductivă însăși, sunt stimulate de hormonii gonadici; (2) în paralel cu producerea de estrogeni, se manifestă o tendință activă, extrovertită, heterosexuală care motivează comportamentul; (3) în paralel cu faza progesteronică, energia psihosexuală este orientată către interior și se exprimă ca tendință pasiv-receptivă și retentivă; astfel, (4) în paralel cu ciclul hormonal, se desfășoară un ciclu emoțional. Ciclul hormonal și cel emoțional reprezintă împreună *ciclul sexual*.

Ciclul sexual începe cu faza maturării foliculare, în cadrul căreia cantitatea de estrogen produsă crește gradual. Tendințele heterosexuale active pot fi recunoscute în comportamentul sexual manifest sau mascat, în vise și fantasme și printr-o vigilență crescută în activitățile extravertite ale individului. Într-adevăr, se pare că la om, ca și la mamiferele inferioare, estrogenul are rolul de a iniția activitatea sexuală. În același timp, estrogenul stimulează și Eul către o mai bună integrare și coordonare a activităților sale în alte domenii decât cel sexual.⁴

⁴ În evaluarea intensității nevoii heterosexuale trebuie luate în considerare modificările la nivelul afectelor ce apar ca urmare a gratificării nevoii sau a frustrării acesteia; în ultimul caz se produce o creștere a tensiunii emoționale; în primul caz se produce relaxarea. În același mod trebuie să fie luate în considerare și apărările împotriva tendințelor heterosexuale, la indivizii inhibați. La astfel de indivizi, paralel cu producerea de estrogen, sunt mobilizate apărări specifice împotriva sexualității și acestea devin progresiv tot mai încărcate de afect pe măsură ce producția de hormoni crește. La persoanele infantile, anxietatea și/sau ostilitatea la adresa bărbaților maschează tendințele heterosexuale.

În apropierea momentului ovulației, producția de estrogen atinge punctul său maxim și se combină cu producția incipientă de progesteron; această reînnoire constituie stimulul pentru atingerea celui mai înalt nivel al integrării psihosexuale, adică pregătirea biologică și emoțională în vederea concepției. Aceasta își găsește exprimarea ca intensificare a disponibilității libidinale în vederea primirii partenerului sau, dacă acest lucru este împiedicat, printr-o amplificare a tensiunii emoționale; această situație este adesea caracteristică pentru faza preovulatorie.

După ce are loc ovulația, tensiunea heterosexuală este brusc descărcată și urmează o perioadă de relaxare; orientarea energiei psihosexuale se schimbă, fiind canalizată asupra corpului femeii și a stării de bine a acesteia. Efectul este o erotizare generalizată; pregătirea în vederea primirii partenerului sexual este adesea conștientă; ca o regulă generală, dorința femeii de a fi fecundată și de a rămâne însărcinată poate fi identificată clar doar în visele și fantasmele acesteia. În timp ce activitatea corpului luteal (producerea progesteronului) se intensifică, se instalează o perioadă asemănătoare cu „perioadele de liniștire” la mamiferele inferioare și aceasta durează câteva zile. Conținutul psihologic corespunzător acestei perioade poate fi descris pe scurt ca pregătire pentru maternitate. El poate fi exprimat ca dorință sau, respectiv, teamă de sarcină și/sau apărare ostilă împotriva acesteia. Analiza acestui material arată de obicei reiterarea conflictelor pe care femeia le-a avut în copilărie cu mama sa și pe care încă le poate menține active la nivel inconștient; se recunoaște lupta pentru rezolvarea unor astfel de conflicte și pentru reconcilierea cu mama cu precădere în acceptarea și dorința de a deveni mamă. În aceste cazuri, fantasme legate de a avea copii și de preocuparea pen-

tru îngrijirea copilului predomină în materialul psihologic. Dacă acest nivel de maturitate psihosexuală nu este atins, se exprimă dorința regresivă a femeii de a fi ea însăși copil și de a fi îngrijită ca atare, această dorință fiind însoțită de o dispoziție depresivă.

Dacă fecundarea nu are loc, producția de progesteron se diminuează, și nivelul scăzut de hormoni care rezultă caracterizează faza premenstruală a ciclului. Reacțiile emoționale ale femeii arată percepția sa asupra „gradului moderat de deficiență ovariană”⁵ reprezentat de faza premenstruală. Paralel are loc o regresie parțială cu privire la integrarea psihosexuală și apar tendințe *pre-genitale* — de obicei sadic-anale și eliminatorii — în determinarea materialului psihanalitic. Aceasta împreună cu iritabilitatea generală crescută a sistemului nervos simpatic pot explica de ce faza premenstruală este adesea descrisă ca *nevroza recurentă a femeilor* (Chadwick — 46). Simptomele caracteristice arată variații considerabile: o anxietate generală și teama legată de sângerare par să reactiveze ideea că menstruația este identică cu castrarea; drept urmare, concepțiile sexuale infantile pot să revină în vise anxioase și pot totodată sta la baza irascibilității manifestate în starea de veghe. În alte cazuri, oboseala, proasta dispoziție și crizele de plâns sunt semnele unui sindrom depresiv. Starea hormonală în sine înregistrează variații individuale, fapt pentru care și faza premenstruală prezintă stări emoționale însoțitoare diferite la femei diferite; acestea se pot, de asemenea, schimba la aceeași femeie de la un ciclu menstrual la altul. Conținutul materialului psihanalitic specific fazei premenstruale târzii arată existența unor corelații cu

⁵ R.G. Hoskins: *Endocrinology*, New York, W.W. Norton & Company, Inc., 1941.

(a) nivelul hormonal scăzut, care este rezultatul unei diminuări simultane a hormonilor de ambele tipuri; (b) progesteronul în scădere și producția incipientă a estrogenului și (c) progesteronul în scădere și producția în creștere a estrogenului. Ultima este o constelație în care tendința de eliminare simultană cu scăderea nivelului de progesteron fuzionează cu tendința heterosexuală. Starea emoțională corespunzătoare se caracterizează prin creșterea tensiunii, care conferă „dinamism” tuturor activităților din această perioadă. În multe situații, femeia este mulțumită de faptul că muncește mai mult decât în alte perioade; dar, cel mai adesea, ea se plânge de starea de neliniște care însoțește această hiperactivitate. În același timp, dorința sexuală a femeii are un caracter presant, pe care aceeași femeie se poate să nu îl trăiască în alte faze ale ciclului său sexual. Descriind aceleași fenomene din perspectiva Eului, ele pot fi definite ca regresie, ca și cum Eul și-ar fi pierdut o parte din capacitatea sa integrativă și este incapabil să medieze între diferitele nevoi; toate dorințele par să aibă un caracter imperativ, toate frustrările par a fi de nesuportat; toate emoțiile sunt mai puțin controlate și femeia pare mai puțin calmă decât în timpul altor faze ale ciclului sexual. Din fericire, reacția la fluctuația hormonală premenstruală nu rămâne aceeași pe durata întregii perioade reproductivă a femeii. O dată cu maturizarea sexuală ulterioară, în special după ce a născut, perioadele regresive par să se diminueze datorită proceselor adaptative ale dezvoltării.

Faza finală a ciclului sexual este marcată de producerea fluxului menstrual, care, fiind declanșat de o descreștere bruscă a cantității de hormoni produși, continuă timp de câteva zile. Imediat după ce fluxul menstrual s-a instalat, starea tensionată se relaxează, excitabilitatea se di-

minuează, iar femeia adultă acceptă de obicei menstruația cu o senzație de ușurare. Atitudinile depresive din faza premenstruală pot să continue și în faza fluxului menstrual. Deși acest lucru poate fi explicat pe bază hormonală, este interesant de observat faptul că materialul psihologic corespunzător poate fi interpretat ca *regret* al eșecului de a rămâne însărcinată. În consecință, femeile își amintesc adesea experiențe triste sau au remușcări legate de avorturi anterioare; ele desconsideră organele genitale feminine, care li se par inutile; ele echivalează fluxul menstrual cu materiile fecale, și de aceea organele genitale sunt considerate ca fiind murdare, iar personalitatea — ca lipsită de valoare. După câteva zile, în mod normal încă din perioada fluxului, funcția foliculară a noului ciclu este reluată și concomitent cu aceasta apar excitația sexuală și starea de bine.

Aceasta este, într-adevăr, o prezentare schematică a ciclului sexual, dar ea poate fi suficientă pentru a demonstra că fluctuația ciclică de hormoni imprimă proceselor emoționale la femeia adultă anumite moduri de manifestare controlate.

De cealaltă parte se situează influența factorilor emoționali asupra gonadelor. Studiul comparativ al unor serii de cicluri la aceeași femeie evidențiază efectele pe care factorii emoționali stimulatori și respectiv inhibitori le au asupra *desfășurării* ciclului gonadic. Este bine cunoscut că emoțiile pot precipita sau întârzia apariția fluxului menstrual; mai puțin cunoscut este faptul că și momentul ovulației poate varia sub acțiunea unor influențe similare. De exemplu, actul sexual gratificant sau excitant poate facilita ovulația, în timp ce frustrarea și teama îl pot inhiba. Oscilația momentului producerii ovulației este de așa natură încât probabil că nu există nici o perioadă invariabilă de infertilitate la spe-

cia umană (cu toate că această situație este realizată parțial în ultima săptămână a ciclului, cea care precedă menstruația). În același mod, numărul de ovulații, frecvența ciclurilor anovulatorii și simptomele fazei premenstruale — mai intense la unele femei decât la altele — sunt, de asemenea, influențate de factorii emoționali. Studiul comparativ al ciclurilor sexuale la un număr de indivizi a evidențiat faptul că patternul după care se desfășoară este în funcție de factorii constituționali și cei de mediu, care determină structura personalității. Cea mai evidentă caracteristică a ciclului este lungimea — adică intervalul dintre două menstruații consecutive. Durata medie este de 28 de zile; unele femei au menstruația la un interval cuprins între 21 și 28 de zile; altele, care se situează de asemenea în limitele normale, au o durată a ciclului cuprinsă între 32 și 35 de zile. Cel mai semnificativ pentru patternul ciclului hormonal este relația strânsă dintre fazele estrogenică și progesteronică ale ciclului.

Progesteronul este un hormon specific feminin. În timp ce estrogenul poate fi produs în diverse grade începând cu perioada copilăriei (și la ambele sexe), progesteronul începe să fie produs doar după pubertate ca funcție a ovulului. Este logic ca relația acestuia cu producția de estrogen, deficiența sa relativă sau cantitatea mare, să determine variațiile din cadrul ciclului. Dacă individul atinge maturitatea sexuală normală, fără să fi trăit traume care să determine o fixație în fazele pregenitale, ciclul hormonal — adică relația dintre fazele estrogenică și progesteronică ale ciclului — va fi unul normal; aceasta înseamnă practic ovulație normală și durată normală a ciclului. Dacă — fie din cauza constituției sau a traumelor destabilizante, fie ca urmare a interacțiunii dintre acești doi factori — apare fixația la un

nivel pregenital, tulburarea maturizării psihosexuale se va reflecta în ciclu. De exemplu, la femeile imature, bisexual, faza progesteronică nu se dezvoltă complet; ele au de regulă un ciclu mai scurt. Femeile a căror fixație infantilă determină o predominare a tendințelor receptiv-retentive (de exemplu, în cazurile de bulimie, obezitate) au de regulă faze progesteronice mai lungi și totodată și cicluri mai lungi. Dacă dezvoltarea psihosexuală este și mai mult inhibată, ciclul va fi caracterizat de perioade lungi în care cantitatea de hormoni este redusă; fluxul menstrual poate să apară neregulat, dar se menține în limita intervalelor normale. În timp ce patternul ciclului hormonal se desfășoară concomitent cu acei factori care determină dezvoltarea psihosexuală, cursul psihodinamic al acestuia pare să repete iar și iar dezvoltarea, într-o formă condensată, sub stimularea ciclului hormonal.

Studiul ciclului sexual permite obținerea unor concluzii semnificative cu privire la organizarea pulsioni sexuale la femeie. Corespunzător celor două faze ale funcției sexuale feminine, pulsionea prezintă două tendințe care acționează consecutiv: o tendință *activă*, al cărei scop este de a realiza actul sexual, și o tendință *pasivă* (receptiv-retentivă), care acționează pentru a asigura realizarea funcțiilor în sarcină. Helen Deutsch (68) a ajuns pe baza observațiilor psihanalitice la concluzia că o „tendință către introversiune” și o „pasivitate adânc înrădăcinată” sunt calități specifice psihicului feminin. Studiul ciclului sexual confirmă acest punct de vedere și îi determină substratul fiziologic. Din moment ce aceste tendințe devin manifeste la intervale regulate, paralel cu activitatea hormonului specific feminin produs de gonadă, progesteronul, suntem îndreptățiți să credem că tendințele psihodinamice care pregătesc

emoțional femeia pentru maternitate reprezintă o calitate autentică a înzestrării psihosexuale feminine fundamentale.

Sarcina

Când femeia rămâne însărcinată, funcția ciclică a ovarelor este întreruptă și aceasta nu va fi reluată cu regularitate până ce lactația nu încetează. Psihologia sarcinii — procesele sale psihodinamice de bază — este ușor înțeleasă prin prisma a ceea ce se cunoaște despre psihologia fazei progesteronice. Tendințele receptive și retentive și tendința către introversiune a energiei psihice sunt, de asemenea, specifice sarcinii; însă intensitatea cu care sunt resimțite este de multe ori înmulțită corespunzător cu producția hormonală foarte ridicată.

Interacțiunea dintre mamă și fetus — simbioza — începe după momentul concepției (Benedek — 26). Intensificarea proceselor hormonale și a metabolismului general care este necesară pentru menținerea sarcinii produce din nou un „surplus de energie” și reumple rezervorul narcisismului primar al mamei. Femeia însărcinată, aflată acum într-un stadiu de calm vegetativ, se poate bucura de corpul său, care este intens investit libidinal. Acest lucru îi sporește femeii sentimentul de bunăstare și devine sursa pentru dezvoltarea sentimentelor materne. Gratificarea narcisică primară datorată sarcinii o face pe viitoarea mamă mai răbdătoare cu privire la disconforturile produse de sarcină. Un alt factor în psihologia sarcinii îl reprezintă intensificarea tendințelor receptive. Acestea sunt manifestarea procesului biologic de creștere pe care îl ser-

vesc. Nu numai că femeia însărcinată ar putea dori să se „hrănească pentru doi”⁶, ci totodată sunt reactivate și nevoile sale de dependență. Ea se bucură de solitudine anturajului, iar dacă dorințele ei dependente rămân nesatisfăcute, starea de frustrare rezultată sporește tensiunea produsă de nevoile ei receptive și acest fapt poate să năruie starea de narcisism primar specifică sarcinii și în consecință să-i împiedice dezvoltarea sentimentelor materne.

Chiar dacă sarcina este un proces biologic normal, ea este o stare neobișnuită, care pune la încercare resursele fizice și psihologice ale femeii. În timp ce economia sa metabolică și emoțională totală este canalizată asupra solicitărilor datorate sarcinii, Eul său pare regresat comparativ cu nivelul obișnuit de integrare al acestuia. În același timp, la nivel biologic, ansamblul personalității femeii se extinde astfel încât să cuprindă și copilul. Dacă mama simte că îi sporește capacitatea de a iubi și a avea grijă de copil, atunci ea trăiește o îmbunătățire generală a stării emoționale. Multe femei nevrotice care în alte perioade suferă de anxietate sunt eliberate de aceasta în timpul sarcinii; altele scapă de depresii și schimbările de dispoziție severe. Multe femei, în ciuda disconfortului fizic și a grețurilor, se simt echilibrate emoțional și „se simt de minune” în timpul sarcinii. Dacă această ameliorare se datorează stimulării generale metabolice și hormonale sau gratificării obținute din faptul că personalitatea își atinge scopul prin procreare rămâne un aspect ce trebuie evaluat clinic și probabil variază de la un caz la altul.

⁶ Dr. Thomas S. Szasz discută în două lucrări recente (224, 225) despre hipersalivația care apare în timpul sarcinii, prin prisma fenomenelor regresive ale sistemului nervos autonom.

Nașterea

Studiile recente făcute de Dunbar (219) și alții au încercat să evalueze influența pe care atitudinea psihică a mamei o are asupra procesului nașterii. Aceștia au utilizat diferite metode destinate „sănătății mintale”, în timpul urmăririi sarcinii, cu scopul de a diminua teama femeii de momentul nașterii copilului. Pe de altă parte, obstetrica modernă folosește hipnoza și diferite forme de anestezie pentru a face nașterea să fie lipsită de durere. În ce măsură aceste proceduri o ajută pe mamă să se refacă după naștere și să trăiască fericirea sentimentului matern și în ce mod aceste proceduri pot împiedica acest lucru trebuie să fie evaluate prin studiul extensiv al materialului cazuistic. Nu ne îndoim de existența multor situații în care trauma obstetricală a înstrăinat-o pe mamă de bebelușul său. Dar marea majoritate a femeilor au dat naștere bebelușilor lor fără anestezie și acest lucru încă se mai practică; aceste mame se refac de obicei rapid după naștere și zâmbesc fericite copilului lor. Este bine cunoscut faptul că femeile uită curând durerile facerii. Totodată există multe femei moderne care, născându-și copilul sub anestezie, se simt deposedate de trăirea minunată a maternității; ele se plâng că lipsa amintirilor momentului nașterii le-a creat dificultăți în a accepta bebelușul ca fiind al lor și în a se simți „ca o mamă” față de acesta.

Nașterea întrerupe simbioza biologică dintre mamă și copil. Procesul este traumatic nu doar pentru bebeluș, ci și pentru mamă. Schimbările hormonale care determină și controlează nașterea, durerile travaliului și nerăbdarea mamei, chiar și fără administrarea calmantelor, întrerup continuitatea emoțională a unității mamă-copil. În timpul travaliului, mama este concentrată asupra su-

praviețuirii ei. După ce copilul s-a născut, de îndată ce mama aude pentru prima dată țipătul nou-născutului, ea începe să simtă cum crește în ea dragostea pentru el. Având sentimentul „lucrului bun, bine făcut”, ea se relaxează; organismul său se pregătește pentru următoarea funcție a maternității — *lactația*.

Lactația este o funcție care este stimulată și menținută de un hormon specific produs de lobul anterior al glandei pituitare, *prolactina*. Influența prolactinei asupra modului în care sunt îndeplinite sarcinile maternității este bine studiată la animale. La om există tendința de a neglija aspectele pur fiziologice ale unei realizări atât de valoroase cum este maternitatea. Pregătirea fiziologică pentru lactație arată faptul că, după naștere, corpul mamei nu este încă în măsură să renunțe la relația simbiotică cu copilul său: lactația reprezintă o simbioză extrauterină (parțială) între mamă și copil. Procesele psihodinamice care însoțesc lactația sunt asemănătoare cu cele din faza progesteronică a ciclului.⁷ În timpul acestei faze, intenția pentru maternitate este exprimată prin tendințele receptive pasive și active. Pe perioada lactației, aceste tendințe devin mai intense; ele devin axa în jurul căreia se grupează activitățile maternității. Dorința mamei de a-și hrăni bebelușul la sân, de a-l simți fizic aproape, reprezintă continuarea simbiozei originale, și ea produce senzații tactile plăcute, nu doar pentru copil, ci și pentru mamă. În timp ce bebelușul este strâns lipit de sân, mama se simte în unitate cu bebelușul. Identificarea cu bebelușul îi permite mamei să „regreseze” —

⁷ Prolactina și estrogenul acționează ca antagoniști. Pe parcursul sarcinii, producția crescută de estrogen împiedică funcționarea glandelor mamare; în timpul lactației normale, prolactina oprește producția estrogenului. De aceea, majoritatea femeilor nu au ovulație sau menstruație în timpul lactației.

adică ea poate acum repeta și satisface propriile nevoi de dependență de tip pasiv-receptiv. Datorită procesului de identificare a mamei cu bebelușul, lactația permite o integrare lentă, pas cu pas a maternității normale. Dacă acest proces de dezvoltare al mamei este reprimat, schimbările impuse în funcționarea hormonală pot perturba echilibrul psihosomatic care constituie sursa maternității.

Vulnerabilitatea ce caracterizează dezvoltarea femeii către maternitate poate fi explicată printr-o expunere sumară a proceselor psihosomatice specifice perioadei puerperale și lactației; această fază din viața mamei este dominată de tendințe *oral-receptive*. Faptul că intensificarea tendințelor oral-receptive reprezintă condițiile psihodinamice pentru dezvoltarea depresiei este un concept bine stabilit în psihanaliză (Abraham, Freud — 3, 93). Din acest motiv, tendințele psihodinamice care însoțesc maternitatea și alăptarea predispun femeia la autocritică legată de aceste funcții. Ea devine hipersensibilă cu privire la capacitatea sa de a fi o mamă bună. Orice indiciu al eșecului acesteia — ca de exemplu, plânsetul bebelușului — îi sporește sentimentul de inferioritate și îi poate produce tensiune anxioasă și depresie. Așa cum oprirea lactației poate influența negativ maternitatea, la fel și eșecul maternității avându-și originea în alte arii ale personalității poate afecta lactația. Înțelepciunea populară a presupus dintotdeauna că starea emoțională a mamei influența capacitatea ei de a alăpta bebelușul; dacă mama era fericită, atunci laptele său era „bun” și bebelușul creștea sănătos; dacă mama era nefericită, deprimată sau agitată, cantitatea și calitatea laptelui ei se schimbau și acest lucru îi producea colici și alt gen de suferințe bebelușului. Rămâne în sarcina studiilor

viitoare asupra simbiozei externe dintre mamă și copil să furnizeze o explicație științifică pentru aceste observații interesante.

Când lactația încetează, rolul reproductiv al mamei cu privire la un copil este încheiat; funcția ciclică a ovarelor este restabilită cu scopul de a o pregăti pentru a aduce pe lume un alt copil. Prin repetarea ciclică a pregătirii în vederea maternității și prin satisfacerea acestei nevoi instinctuale, femeia atinge atât maturitatea sexuală, cât și desăvârșirea dezvoltării personalității sale.

Menopauza

Perioada reproductivă la femeie durează în medie aproximativ 35 de ani. Declinul său se produce în mod gradual; sfârșitul acesteia este marcat de oprirea fluxului menstrual — *menopauza* — care apare în timpul perioadei de „schimbare a vieții” — adică, în climacteriu sau climacterium. În cultura actuală, anticiparea acestei perioade este de regulă însoțită de anxietate, din moment ce femeia crede despre climacterium că reprezintă o perioadă de serioase solicitări în plan mental și fizic. Cu toate acestea, există multe femei care de abia remarcă această tranziție; altele însă suferă pentru o perioadă mai lungă sau mai scurtă de neliniște și iritabilitate, insomnie, palpitații și „bufeuri” — cu alte cuvinte, de simptome care pot fi puse pe seama instabilității sistemului nervos autonom. S-a dovedit că există o diferență în procesul de degenerare tisulară a ovarelor la femeile care nu au născut comparativ cu cele care au avut câteva sarcini. Menopauza se instalează mai devreme și determină reacții mai intense la femeile din primul grup, spre deosebire de cele din cel de-al doilea. Această descoperire este

în acord cu observațiile psihanalitice — și anume că, o dată cu încheierea maturizării și funcției sexuale, manifestările emoționale regresive specifice declinului hormonal al fazei premenstruale vor fi estompate de procesele adaptative ale dezvoltării. Din acest motiv, atunci când stimularea gonadei încetează definitiv, economia emoțională a femeii normale nu este în pericol să fie afectată sever de această pierdere de aport hormonal. O dată ce integrarea personalității devine stabilă, femeia nu mai este dependentă de stimularea gonadei în menținerea sublimărilor realizate în perioada reproductivă.

Femeile care nu s-au putut adapta la declinul hormonal premenstrual lunar și au suferit de depresii premenstruale și dismenoree prezintă riscul de a suferi de aceleași neplăceri și la climacterium. Multe femei suferă de manifestări de tip nevrotic, somatic și chiar psihotic, care, datorită faptului că debutează în jurul momentului instalării menopauzei, sunt adesea atribuite solicitărilor climacteriului. Dar investigarea psihanalitică a unor astfel de cazuri pune în evidență faptul că simptomele care par a fi agravate de climacteriu existaseră deja (sau dacă ele erau într-o formă latentă începuseră să se formeze), avându-și originea în echilibrul precar al personalității pe durata perioadei reproductive. Analiza istoricului de viață și a structurii de personalitate pune în evidență la un procent mare de astfel cazuri următoarele: (1) dispoziția bisexuală a avut un rol perturbator în dezvoltare și (2) economia psihică era dominată — într-o mare măsură asemănător cu cea masculină — mai curând de eforturile sporite ale Eului decât de gratificările emoționale primare ale maternității.⁸

⁸ Exprimat în termeni hormonal, am putea spune că faza estrogenică are preponderență asupra fazei progesteronice, în cadrul ciclului sexual al acestor femei.

Climacteriumul decurge diferit la femeile a căror capacitate adaptativă nu este slăbită de procese nevrotice anterioare. Când încetarea creșterii biologice eliberează energia psihică ce a fost anterior utilizată în scopuri reproductive, ea este folosită de Eul flexibil al acestor femei ca stimulent pentru dobândirea de noi cunoștințe și pentru socializare. Interesele multiple și numeroasele realizări ale femeilor după climacterium, precum și îmbunătățirea stării lor generale fizice și emoționale ne îndeamnă să privim climacteriumul, în sens psihologic, ca pe o etapă de dezvoltare (Benedek — 25).

3. *Disfuncțiile psihosexuale*

Disfuncțiile sexualității sunt adesea caracterizate ca manifestări ale *hipo-* și *hiper-* sexualității. Oricum, discuția anterioară indică faptul că o astfel de distincție are mai curând o semnificație descriptivă decât una psihodinamică sau endocrinologică. Termenii care desemnează diferitele simptome ale disfuncțiilor sexuale nu fac referire la entitățile nosologice clar definite. Simptomele se pot substitui unele prin altele la același individ, acest lucru fiind motivat nu doar de schimbările mai mult sau mai puțin permanente de psihodinamică datorate dezvoltării, ci și de circumstanțele tranzitorii care influențează dispoziția și determină intensificarea sau scăderea dorinței, precum și a anxietății legate de raportul sexual.

Inhibiția sexuală poate fi trăită ca timiditate față de sexul opus, ca lipsă a interesului pentru sau aversiune față de activitatea sexuală. Ea poate fi raționalizată ca teamă față de boala venerică, precum și ca presiuni de ordin cultural referitoare la virginitate. Aceste emoții,

precum și raționalizările lor servesc ca apărări împotriva unor conflicte mai semnificative de natură sexuală, care pot astfel rămâne refulate atât timp cât raportul sexual este evitat. În acest sens, impotența la bărbați și frigiditatea la femei pot fi considerate ca apărări ale Eului.

Impotența este un simptom care ofensează grav sentimentul propriei valori a bărbatului. Ea servește ca apărare împotriva conflictelor și pulsionilor care ar fi putut deveni amenințătoare pentru Sine, dacă controlul exercitat de Eu era diminuat datorită extazului sexual. Impotența, de exemplu, poate menține refulate pulsioni și fantasme sadice. Fantasma că penisul este un puternic organ distructiv care i-ar putea produce un rău irevocabil femeii iubite nu este altceva decât negare și proiecție a *angoasei de castrare, care constituie motivația de bază în toate inhibițiile sexuale*. Teama de a pierde penisul poate afecta capacitatea bărbatului de a obține erecții sau poate cauza pierderea erecției *ante portas**. Gravitatea impotenței poate fi apreciată în funcție de puterea sau slăbiciunea erecțiilor. În cazurile mai ușoare, impotența ar putea fi rezultatul unei „condiționări negative”, dacă putem spune astfel. După ce bărbatul a trăit eșecul, rușinea și anticiparea anxioasă a repetării acestuia pot împiedica erecția în momentul în care se încearcă actul sexual din nou. Impotența reprezintă un simptom mult mai grav dacă este cauzată de tendințe bisexuale conflictuale; în astfel de cazuri, erecția poate scădea repede sau nu poate fi obținută complet. Motivația psihodinamică a impotenței este în acest caz foarte asemănătoare celei întâlnite în *ejacularea precoce*.

* Înainte de a penetra vaginul (N. t.)

Ejaculatio praecox (ejacularea precoce) poate varia ca intensitate și frecvență. Cazurile ușoare se caracterizează printr-o durată scurtă a actului sexual și/sau tendința de eliminare pasivă a fluidului seminal fără ca aceasta să fie însoțită de spasmele musculare ale orgasmului. Acest lucru poate să apară ocazional și la bărbații cu potență normală. Se poate întâmpla, de exemplu, ca presiunea nevoii de a elimina, care este una dintre componentele actului orgastic, să domine cealaltă componentă, reținerea și păstrarea în interior. Un astfel de incident poate avea loc după perioade îndelungate de abstenență. Atunci, presiunea fluidului seminal pare să impună o descărcare rapidă, ceea ce ilustrează faptul că organele sexuale masculine au în primul rând o funcție de eliminare. Abraham (1) a studiat formele diferite de ejaculare precoce și a descris dinamica acestora, la care nu s-a adăugat prea mult de atunci. Ejacularea precoce reprezintă o fixație la *erotismul uretral*. Terenul pentru acest tip de fixație libidinală este de regulă pregătit de enurezis și masturbare, fapt pentru care ea este însoțită de vinovăție și sentimente de inferioritate; ea conduce de regulă la identificarea la nivel inconștient a spermei cu urina, ceea ce determină impulsul de a elimina imediat atunci când este resimțită această presiune.⁹ Aceasta indică faptul că la bărbații care suferă de ejaculare precoce nu s-a realizat integrarea, alături de tendința primară pasiv-eliminatorie și a componentei de tip activ, agresiv-eliminatorie a pulsionii sexuale, fără de care nu poate fi atins primatul genital al penisului. Doar alternarea ritmică

⁹ Acest fapt nu explică opunerea unei rezistențe așa de mari cu privire la reținerea urinei și controlul sfincterian. Simptomul reprezintă regresia la o fază timpurie a funcționării infantile, când vezica urinară era golită pasiv, fără necesitatea stăpânirii tensiunii sfincterului.

dintre asemenea tendințe activ-eliminatorii cu cele re-tentive face posibil orgasmul. Abraham a identificat orientarea feminină a principalelor zonelor erogene în cazul ejaculării precoce; punctul de intensitate maximă al excitației este resimțit la rădăcina penisului și în zona perineală, și mai puțin în gland și capul penisului. Aceasta arată că ejacularea precoce este motivată de componenta feminină sexuală primară, care nu a fost dominată și înlocuită de cea masculină în procesul maturării sexuale.

Ejaculatio retardata (ejacularea întârziată) este din punct de vedere simptomatic opusul ejaculării precoce: tendința de a reține o domină pe cea de a elimina și din acest motiv împiedică descărcarea orgasmică. Și acest simptom poate să apară la indivizii cu potență normală, în special după epuizare sexuală. Ca simptom patologic exprimă anxietatea legată de pierderea spermei. În timp ce la aceste cazuri angoasa de castrare nu afectează dorința și puterea erecției și intromisiunii, ejacularea este inhibată de anxietatea legată de pierderea Sinelui sau de teama legată de moarte. Prin urmare, tendința de a reține, care la origine este sadic-anală, preia controlul asupra reglării ritmului orgasmic. Nu ar fi surprinzător dacă observarea detaliată ar dezvălui că acest simptom are legătură cu sterilitatea funcțională masculină.

Faptul că erotismul uretral este strâns legat de erotismul genital infantil este responsabil pentru producerea simptomului *enuresisului*. Această stare apare de obicei în timpul perioadei de latență, și în marea majoritate a cazurilor este vindecat o dată cu începerea funcționării gonadei. Dispariția enuresisului la pubertate este probabil rezultatul maturării organelor sexuale. Excitația care înainte era descărcată prin erotism urinar

pregenital este deplasată la nivelul organelor genitale și este descărcată prin poluții nocturne.¹⁰ Oricum, acestea sunt cazuri la care enurezisul se menține și după pubertate.

Preocuparea pentru erotismul urinar din perioada copilăriei lasă urme în organizarea psihosexuală, ea putând fi reactivată prin stimulări de altă natură decât cea sexuală. Nu numai gratificările libidinale determină interesul copilului pentru urinare; primele gratificări ale Eului și sentimentul de a deține controlul sunt și legate de învățarea controlului sfincterian. De aceea, în mare măsură sentimentul propriei valori al copilului se dezvoltă în legătură cu prima sa reușită pentru care a fost îndelung lăudat. Ulterior, în timpul perioadei de latență, strădaniile Eului pentru control, ambiția acestuia de a obține succesul în competiție sunt exprimate și vor rămâne întotdeauna legate de erotismul uretral (Jones — 127). Prin urmare, excitațiile care inițial nu au natură sexuală ajung să fie descărcate prin tractul urinar. De exemplu, tensiunea anxioasă, mai ales dacă anxietatea este legată de performanța și realizările Eului, poate cauza *diureză crescută*. Rinichii umplu vezica cu cantități mari de urină (cu o gravitate specifică foarte redusă) și acest lucru impune individului o preocupare legată de controlul vezicii și de urinare. Unii indivizi erotizează acest proces în așa măsură încât băutul unor cantități mari de apă și eliminarea unor mari cantități de urină rezultate imită diabetul insipid. În alte cazuri, poliuria însăși activează anxietatea cu privire la controlul vezicii urinare; teama de a „ajunge târziu” activează o tensiune de tip

¹⁰ La fete, încetarea enurezisului după pubertate poate fi cu greu pusă pe seama orgasmului ca echivalent al poluțiilor nocturne masculine. O dată cu maturarea organelor sexuale, alte tendințe devin mai puține și ele preiau descărcarea excitației sexuale.

sadomasochist și determină *frecvența urinării*. Această urinare forțată poate fi însoțită de *spermatooree*. Aceasta este o scurgere în care este pierdut fluid seminal (sau de cele mai multe ori secreții din prostată). Masturbarea, sau mai degrabă teama de consecințele acesteia, poate cauza acest simptom la bărbații mai tineri; cu toate acestea, el este mult mai des întâlnit la bărbații în vârstă, mai ales când există o prostată mărită și preocupări legate de frecvența urinării. În acest caz, poate fi unul dintre simptomele climacteriumului masculin.

Termenul *climacteriu* sau *climacterium* desemnează adesea perioada declinului funcției reproductive la ambele sexe. Procesul este diferit la bărbat față de femeie, în funcție de organizările diferite ale funcției reproductive. La bărbați nu există o încetare definitivă a perioadei reproductive, așa cum este menopauza la femei. La bărbați nu doar nevoia sexuală, ci și capacitatea reproductivă pot fi reactivate, chiar și după o perioadă în care acestea păreau a fi deja stinse. Cu toate acestea, o dată cu înaintarea în vârstă, capacitatea sexuală scade considerabil. Modul în care individul reacționează la această slăbire a potenței sale sexuale depinde de organizarea de ansamblu a personalității. Individul bine echilibrat nu se va lăsa afectat de acest lucru, compensând prin realizările sale și prin viața de familie. Cu toate acestea, anumiți indivizi — cu precădere cei cu o structură caracterială pronunțat narcisică — ar putea răspunde la insecuritatea legată de potență prin regresie. Din moment ce pierderea potenței poate să fie trăită ca o vătămare ireparabilă a personalității, ea poate activa teama de castrare rămasă întotdeauna latentă; aceasta, la rândul ei, stă la baza simptomelor care fac ca presupunerea unui *climacterium masculin* să fie justificată. În unele cazuri, o dată cu pierderea vitalității fizice și psihice poate să apară

erotizarea tendințelor regressive; ulterior se pot dezvolta tulburări urinare, de tipul celor descrise anterior. În alte situații, efortul pentru a menține potența în condițiile în care efectul integrator al androgenilor este deja disipat rețineze fantasmele și tendințele infantile la perversiune sexuală. În consecință, se poate dezvolta o pseudohipersexualitate. Din moment ce perioada involutivă este una în care se știe că hormonul produs de gonadă este deficitar, faptul că pot să apară perversiuni denotă că acestea nu reprezintă manifestări ale hipersexualității în sens fiziologic. Ele reprezintă fixații în și regresii la tendințele sexuale pregenitale (Fenichel — 83).

Termenul homosexualitate, folosit în sens larg, include toate practicile sexuale dintre membri de același sex. Motivațiile psihodinamice ale fiecărui tip de perversiune homosexuală sunt bine stabilite, începând cu simple stagnări în dezvoltarea heterosexuală și incluzându-le pe cele în care se produce o schimbare funcțională treptată a situației sexuale, în care sentimentul erotic pentru sexul opus pare de neconceput. Cu toate acestea, corelațiile dintre constelațiile psihodinamice și indicatorii la nivel corporal și hormonal ai anomaliilor sexuale lipsesc. În unele cazuri de homosexualitate — dar nu în toate și nu în relație simplă cu gravitatea perversiunii —, anumite aspecte legate de tipul corporal, creșterea părului, felul de a merge și gestică, denotă că homosexualitatea este adânc înrădăcinată nu doar în organizarea emoțională, ci și în structura fizică. Au existat câteva încercări de explicare a acestui mister pe baza determinării unui presupus dezechilibru endocrin, cu scopul de a demonstra că un raport inversat între androgeni și estrogeni stă la baza homosexualității. Întrucât variațiile acestui indicator al bisexualității sunt mari și în cazul așa-numiților indivizi normali, rezultatele obținute nu explică problema

homosexualității. Sunt menționate în literatura de specialitate cazuri la care implantarea de grefe testiculare a schimbat orientarea libidoului. Cu toate acestea, terapia hormonală de regulă nu dă rezultate, având în vedere că tensiunea hormonală crescută necesită descărcare pe cale homosexuală (Perloff — 179). În ciuda celor menționate, terapia psihanalitică pare să realizeze o modificare în constelațiile psihodinamice doar la acele cazuri în care întârzierea în dezvoltare prevalează asupra factorilor biologici motivatori.

Hipersexualitatea și/sau maturizarea precoce este descrisă în literatura de specialitate; nu există studii psihanalitice referitoare la acest tip de indivizi. Există unele referiri cu privire la faptul că tendințele pregenitale, care ating o asemenea preponderență în organizarea psihosexuală încât să dea naștere la perversiuni de durată, ar fi putut să denote o preconștiență și hipersexualitate parțiale în copilărie. A exprima acest lucru în termeni psihodinamici înseamnă că: tendințele pulsionale parțiale pot absorbi o cantitate atât de mare din libidoul disponibil încât, ca o consecință, ele nu pot fi integrate sub primatul genitalității în cadrul procesului de dezvoltare sexuală; rămânând izolate, acestea tind spre o descărcare independentă. O astfel de descărcare parțială nu poate canaliza în totalitate întreaga energie sexuală disponibilă. Din acest motiv, nevoia de gratificare a tendințelor parțiale apare în secvențe ce se succedă la intervale foarte scurte; ele par insașiabile. În consecință, perversiunile au aparența unei hipersexualități. Dar apreciate din punctul de vedere al echilibrului psihosexual total, deficitul va fi evident în scăderea potenței orgasmice.

Toate manifestările hipo și hipersexualității discutate în acest capitol — exceptând climacteriul masculin — demonstrează că disfuncțiile aparatului sexual sunt moti-

vate de conflictele intrapsihice și, în consecință, de consumul intern al energiei psihosexuale; oricât de somatice ar fi simptomele sub care se exprimă acestea, ele nu au nici un corespondent endocrinologic suficient de mare încât să fie detectate prin metodele prezente ale endocrinologiei. Aceste manifestări sunt, în adevăratul sens al cuvântului, *disfuncții psihosexuale*.

Disfuncțiile psihosexuale la femei sunt legate cu ușurință de funcția ovariană, de vreme ce aceasta se exprimă relativ direct în variațiile ciclului sexual și ale simptomelor menstruale.

Frigiditatea, cea mai frecventă disfuncție psihosexuală, poate fi însă legată de funcția ovariană doar în cazurile rare de hipogonadism sever. În toate celelalte situații, femeile pot suferi de frigiditate în orice formă și grad, având în acest timp o funcție normală a gonadei. Nu există nici o îndoială că multe femei fac copii și devin mame bune, fără ca vreodată să fi trăit orgasmul. Lucrurile stau astfel întrucât la femei, în mai mare măsură decât la bărbați, calitatea experienței sexuale depinde de partener, de potența, priceperea și abilitatea acestuia de a învinge timiditatea femeii și teama ei legată de sexualitate. Există desigur femei a căror capacitate orgasmică este neînhibată și care totodată, datorită constituției anatomice a aparatului lor sexual, obțin orgasmul cu ușurință. Complexitatea maturizării sexuale feminine, cu toate complicațiile sale culturale, poate da naștere la apărări împotriva sexualității, care sunt exprimate sub formă de inhibiții ale capacității femeii de a avea orgasm. Motivațiile psihodinamice ale frigidității sunt aceleași ca și cele din impotență. Frigiditatea își are originile în angoasa în fața pericolului ce rămâne asociat inconștient cu realizarea scopului sexual: la femei, ea apare ca teamă de

a fi rănită de penis și teamă de sarcină și naștere. Mai mult, semnificația socială și emoțională a frigidității este foarte diferită de aceea atribuită impotenței. Frigiditatea nu constituie un obstacol în realizarea funcției reproductive, așa cum se întâmplă în cazul impotenței. Din moment ce orgasmul feminin ar trebui obținut pe bază de „cooperare pasivă”, eșecul în a-l obține nu ofensează atât de mult sentimentul propriei valori al femeii, pe cât rănește impotența sentimentele bărbatului. Practicile sexuale care ar putea ajuta la depășirea frigidității femeii pot adesea să constituie un obstacol în calea gratificării bărbatului; din acest motiv, frigiditatea este adesea privită ca fiind de o importanță neînsemnată. Conform moravurilor specifice anumitor grupuri sociale — precum cele din perioada victoriană a culturii occidentale —, orgasmul era considerat ca „nefeminin” și a nu avea orgasm era considerat a fi o virtute. Este bine cunoscut faptul că isteria de conversie este corespondentul refulării sexualității impuse de astfel de moravuri. În prezent, frigiditatea nu este considerată o virtute, ci o lipsă, pentru care femeile uneori se autoînvinovătesc și mult mai frecvent își învinovătesc soțul. În timp ce femeile își acceptă reacțiile la frustrarea nevoii lor de orgasm, răspunsul lor depinde de structura personalității totale.

Există femei care, având un fel de atitudine de tipul „dăruirii materne”, se mulțumesc cu gratificarea parțială; altele răspund prin a fi mânioase și deprimare; un alt tip de femei, temându-se de frustrare, monitorizează anxioase desfășurarea actului sexual și îl controlează în mod ostil; ele împiedică astfel realizarea a ceea ce doresc să obțină, atât cât depinde de Sinele lor conștient. Manifestările emoționale evidențiază conflictul sexual subiacent, determinat de regulă de tendințele bisexuale conflictuale care obstrucționează capacitatea organică.

Vaginismul este manifestarea extremă a conflictului bisexual și a fricii de sexualitate din cauza acestora. Acest simptom reprezintă deplasarea excitației sexuale așteptate la nivelul mușchilor perineali și vaginali. În timp ce femeia este protejată în acest fel de durerea de care îi este teamă, ea suferă din pricina unei dureri autoprovocate. Făcând abstracție de fantasmele sexuale existente, vaginismul își realizează scopul prin excluderea penisului, expulzarea acestuia sau prin închiderea dureroasă în jurul acestuia. Fără îndoială că, în acest simptom, tendințele sadomasochiste fuzionează cu cele uretrale și anale de tip eliminatorii și retentiv. Din acest motiv, simptomul poate fi comparat cu ejacularea precoce și/sau cea întârziată. Din moment ce vaginul este un organ receptiv, vaginismul este expresia unor puternice tendințe încorporativ-orale; el pare a fi concretizarea ideii amenințătoare a „vaginului cu dinți”. Vaginismul apare de regulă la femeile tinere, a căror organizare psihosexuală mai dezvăluie, pe lângă o fixație la stadiile uretral și anal, și infantilismul sexual al acestora. El nu se manifestă doar în viața lor emoțională, ci și ca incompletitudine și imaturitate a ciclurilor lor sexuale. În plus, aspectele fiziologice și cele psihologice ale fenomenelor vaginismului nu pot fi tratate independent. În cazul în care ciclul sexual al femeii ce răspunde la frustrarea în plan sexual cu mânie și depresie prezintă, în paralel cu această dispoziție, și o producție a hormonilor ovarieni în scădere, nu se poate stabili prin metodele actuale de investigație dacă nivelul hormonal scăzut determină starea de insatisfacție sau mânia și frustrarea împiedică producerea hormonilor. Femeile cu o funcționare hormonală mai neregulată par a fi predispuse la frigiditate. Este oricum justificată întrebarea dacă interacțiunea factorilor ce cauzează frigiditatea poate totodată influența și funcțiile ovariene prin in-

termeniul frustrării și mâniei. Este bine de reținut că ciclul sexual, odată instalat, nu reprezintă un pattern de durată, nemodificabil; acest fapt ajută și la înțelegerea complexității dismenoreei.

Dismenoreea (Dunbar — 75) se referă la tulburările fizice și emoționale care pot să apară în intervalul cuprins între 24 și 72 de ore înaintea sau la scurt timp după începutul fluxului menstrual. În patogeneza acestui sindrom, două aspecte au fost întotdeauna recunoscute: (1) cel fizic, care se considera a fi lipsa încheierii maturității sexuale, și (2) cel emoțional, desemnat prin termenul „factori psihogeni”. Simptomele din dismenoree variază considerabil, chiar dacă aceași femeie prezintă de regulă același grup de simptome în timpul fiecărei stări dismenoreice. Unele suferă de dureri asemănătoare celor ce însoțesc travaliul nașterii și au scurgeri menstruale însoțite de prezența cheagurilor; altele suferă de hiperemie și inflamarea organelor pelviene; o altă categorie au „dismenoree membranoasă” și eliminarea mucoasei hiperplazice este însoțită de multă durere. Nu este de mirare că aceste femei — de regulă tinerele — sunt îngrozite de menstruație și se pregătesc pentru această perioadă ca și cum s-ar aștepta să facă o operație. Cea mai frecventă formă de dismenoree este „colica menstruală”, ale cărei simptome comune sunt: durerea abdominală, senzația de greață, vărsăturile și diareea; migrena și alte simptome vasomotorii, tahicardia sau bradicardia, stările anxioase și leșinurile scurte sunt simptome ce pot să apară în oricare din aceste sindroame. Manifestările emoționale ale tensiunii premenstruale și depresiei pot să se dezvolte fără a fi însoțite de vreun alt simptom fizic al dismenoreei. Cu toate acestea, ele pot să apară împreună cu „colica menstruală” și să determine un fel de de furie neajutorată.

Simptomele tensiunii premenstruale pot să imite o stare depresiv-anxioasă: un sentiment de frustrare, mânie și neliniște completează dispoziția de nefericire și lipsă a afecțiunii. Celălalt tip de depresie premenstruală se caracterizează prin sensibilitate crescută, tristețe și anxioasă ipohondrică. (Aceste depresii sunt suficient de severe încât, atât timp cât durează, să le facă pe femei să piardă din vedere faptul că sindromul durează doar câteva zile.)

În general, simptomele din dismenoree și depresia premenstruală au la bază aceeași motivație psihodinamică precum simptomele ce constituie fenomene normale însoțitoare ale penultimei faze premenstruale; cu toate acestea, în dismenoree, manifestările simptomului sunt mult mai intense. De exemplu, manifestările emoționale ce corespund descreșterii cantității de progesteron sunt motivate de tendințele eliminatorii și retentive anale. În situațiile normale, aceste tendințe sunt exprimate prin intermediul viselor și ca răspunsuri emoționale la menstruație (este ceva murdar etc.), în timp ce, în cazul dismenoreei, aceleași tendințe determină descărcarea neuro-vegetativă sub formă de „colică menstruală”. Aceasta reprezintă în sine o problemă complexă și interesantă. Conform concepțiilor psihanalitice, această excitație nervoasă generalizată ar putea fi explicată pe baza anxietății pe care menstruația a mobilizat-o inițial la aceste femei, la care se adaugă teama legată de repetarea suferinței. Din punct de vedere fiziologic, se cunoaște faptul că deficiența ovariană crește excitabilitatea sistemului nervos autonom. Dar dismenoreea nu apare doar în legătură cu producția scăzută de hormoni; ea este adesea un fenomen însoțitor al producției crescute de estrogen specific penultimei faze premenstruale și în timpul fluxului menstrual.

Următoarele date clinice ar putea ajuta la clarificarea acestei probleme: (1) Dismenoreea apare rar în timpul pubertății; ea se instalează de regulă în fazele mai târzii ale adolescenței. (2) Ea poate să apară la femei care până la acel moment aveau menstruație complet normală și care au născut; însă, după maturitate, o regresie poate activa dismenoreea. În continuare, este dat un exemplu din prima categorie:

Aceasta era o tânără care a început să aibă menstruație la vârsta de 13 ani; ea nu avea vreo „neplăcere”; fluxul său menstrual nu era abundent și se producea neregulat la intervale de 6 până la 8 săptămâni. Când avea 18 ani și era la facultate, a avut câteva flirturi mai mult sau mai puțin serioase; o dată cu acestea, a dezvoltat o dismenoree extrem de gravă, pentru care a fost tratată doi ani și jumătate prin injectare de hormoni. Menstruația i-a devenit în timp mai regulată, dar dismenoreea a rămas la fel de severă; după ce s-a căsătorit, dismenoreea pacientei s-a complicat din cauza unei tensiuni premenstruale severe. În timpul analizei, secrețiile vaginale au arătat existența unei deficiențe a ciclului menstrual; avea faze estrogenice normale și faze progesteronice deficitare. (Pacienta era sterilă.) Acest lucru sugerează că dismenoreea a început când excitarea erotică a transformat sexualitatea într-o nevoie emoțională, în același timp activând rezistența pacientei, revolta acesteia împotriva „rolului feminin”. Ciclul hormonal al acestei paciente a evidențiat faptul că, după cum dovedea nivelul maturizării sale psihosexuale, ea avea un surplus de stimulare estrogenică, ce putea sta la baza dismenoreei.

Un exemplu pentru a doua varietate de cazuri:

O tânără căsătorită nu avusese probleme menstruale înainte de căsătorie. A rămas însărcinată fără dificultate și

a născut doi copii (diferența de vârstă dintre ei — doi ani și jumătate). Când cel de-al doilea copil avea în jur de un an și jumătate, ea a simțit brusc porniri agresive puternice la adresa copiilor. S-a panicat; se apăra de atacurile de panică prin reacții fobice. Concomitent cu acestea a dezvoltat și o dismenoree gravă. Considera că menstruația echivala cu un avort și că ea suferea pentru că nu-și mai dorea alți copii. Ciclul său emoțional evidențiasse o astfel de luptă împotriva maternității. Din acest motiv, presupunem că în legătură cu și ca răspuns la starea severă de anxietate a pacientei a avut loc o regresie. În acest caz, presupunem că anxietatea și sentimentele de vinovăție au dus la creșterea tonusului sistemului nervos autonom, concomitent perturbând echilibrul ciclului hormonal; cei doi factori împreună sunt responsabili de producerea dismenoreei.

Reacțiile psihodinamice la penultima fază premenstruală sunt de regulă mult mai intense și mai complexe decât s-ar putea crede dacă este luată în considerare doar cantitatea produsă de hormoni ovarieni. În cazurile de dismenoree, specificitatea reacțiilor psihodinamice este dominată de reacția sistemului nervos autonom. Dismenoreea, deși reprezintă o reacție la funcția ovariană deficitară (de tip infantil), nu este un simptom singular al hiposexualității. Ea este mai curând rezultatul pierderii controlului de către Eu asupra conflictelor psihosexuale. Conflictele, o „întoarcere din refulare”, mobilizează anxietatea și reacțiile generale ale sistemului nervos, ceea ce are, la rândul său, ca efect predispunerea femeii la o reacție emoțional exagerată la modificarea hormonală premenstruală.

Oligomenoreea înseamnă menstruație în cantitate redusă, survenită la intervale lungi de timp (mai mari de o lună). Ea poate fi semnul unei maturări sexuale întâr-

ziate ca urmare a hipogonadismului, dar mai frecvent apare ca fenomen secundar din cauza regresiei psihice. Acest lucru a fost descoperit, de exemplu, în cazurile de bulimie și de obezitate rezultate de aici. Bulimia poate să apară la femei care nu răspund la funcția sexuală feminină printr-o identificare masculină, ci fac depresii și regresează la stadiul oral de dezvoltare. Atât procesele metabolice în cazul obezității, cât și depresia pot fi responsabile pentru manifestările hiposexuale, acestea fiind de regulă tratate cu succes prin psihoterapie.

Amenoreea este o formă mult mai gravă de oligomenoree. Cele două tulburări se pot substitui reciproc. Amenoreea poate constitui unul dintre semnele hipogonadismului, dar ea poate să apară și ca rezultat al influențelor psihogene. În cazurile de amenoree psihogenă, pot fi diferențiate două grupuri principale. Unul este amenoreea întâlnită la femeile tinere care, ca mod de apărare împotriva sexualității feminine, sunt capabile să împiedice parțial sau total ciclul ovarian; de regulă, în aceste cazuri manifestările emoționale ale sexualității nu sunt refulate. Din acest motiv, femeile pot continua să fantasmeze la o viață bogată în experiențe heterosexuale, care nu au nimic în comun cu partea „murdară, dureroasă, dezagreabilă” a feminității. Fără îndoială că existența unei predispoziții organice facilitează un astfel de rezultat; căci o intensitate similară a conflictului psihosexual sau chiar și o anxietate mai intensă determină în alte cazuri simptome diferite, împiedicând în mai mică măsură realizarea funcției reproductive. Cu toate acestea, astfel de cazuri răspund bine la psihoterapia psihanalitică. După ce pacientele pot să simtă excitație heterosexuală, amenoreea dispare de obicei.

Celălalt tip de amenoree apare ca o componentă a sindromului de *pseudocyesis* (sarcină falsă) sau „grossesse

nerveuse". Acești termeni se referă la cazurile de amenoree în care femeia crede cu fermitate că este însărcinată și dezvoltă semne concrete de sarcină, în absența unei sarcini reale. Se întâmplă destul de frecvent ca, sub influența dorinței de a rămâne însărcinată și a fricii ca acest lucru să se întâmple, să apară simptomele timpurii de sarcină, întârziind astfel menstruația timp de mai multe săptămâni. Mult discutatele cazuri de amenoree de lungă durată însoțită de întindere abdominală și modificările la nivelul sânilor mimând sarcina sunt simptomele unei tulburări psihosexuale complexe, ele fiind de regulă simptome de conversie isterică. Simptomul exprimă la câteva niveluri conflicte cu privire la sarcină și naștere. De obicei, aceste femei sunt sterile. Temându-se în mod inconștient de sarcină și simțindu-se vinovate din cauza ostilității lor adesea conștiente la adresa copiilor, aceste femei aclamă conștient maternitatea și ele se pot bucura în timpul perioadei de sarcină falsă de gratificarea pe care numai sarcina o justifică.

Manifestările psihopatologice ale funcțiilor reproductive sunt multiple. Nevoia reproductivă — nefiind altceva decât o manifestare particulară a pulsionii de autoconservare — poate intra la fiecare pas în conflict cu interesele, intențiile și dorințele Sinelui. Acest aspect joacă un rol și în patologia sexuală masculină. La femei, conflictul dintre funcția de autoconservare și cea de procreare apare ca o certitudine, din moment ce sarcina și nașterea pot fi periculoase, iar îndatoririle maternității sunt apăsătoare. Ceea ce s-a spus despre tendințele pulsionale către maternitate, integrarea componentelor parțiale ale pulsionii sexuale în cadrul procesului de dezvoltare și maturare sexuală și manifestările acesteia în cursul fiecărui ciclu sexual evidențiază totodată și conflictele care pot duce la manifestări patologice diverse ale

funcției reproductive. De obicei, femeile nu sunt conștiente de conflictele lor privind sarcina și nașterea, până când are loc activarea acestora datorită proceselor psihice și metabolice intense ce însoțesc sarcina. Tulburarea emoțională legată de sarcină poate fi descrisă ca *ipohondrie*. Ipohondria este rezultatul concentrării libidoului (narcisic) ce este perceput ca o preocupare anxioasă și îngrijorare pentru organul sau organele care reprezintă o sursă de pericol (Ferenczi — 84). Din acest motiv, aceeași investire narcisică responsabilă pentru starea de satisfacție din timpul sarcinii normale poate provoca o anxietate intolerabilă în cazul în care Eul femeii nu simte nimic altceva în afară de pericol cu privire la maternitate. Analiza fiecărui caz individual va arăta dacă anxietatea își are originea în reacțiile produse de schimbările fizice din sarcină și în anticiparea pericolelor legate de naștere sau dacă aceasta este la origine rezultatul ostilității față de copilul nenăscut. În anumite situații, anxietatea cu privire la propriul corp determină doar simptome ipohondrice; în altele, agresivitatea mobilizată poate fi proiectată asupra copilului, care este urât și temut pentru că este considerat cauza tuturor tulburărilor. În anumite situații, agresivitatea primară împotriva copilului dă naștere la o depresie care poate duce doar în mod secundar la ipohondrie.

Studiul psihanalitic al diverselor tulburări legate de sarcină dezvăluie faptul că aceleași conflicte psihodinamice pot fi responsabile de producerea unor fenomene patologice diferite. Putem presupune că factorii constituționali¹¹ determină dacă conflictul datorat dezvoltării va afecta procesele somatice (hormonale și metabolice) ale sarcinii sau dacă același conflict va activa tulburări de

¹¹ Toate celelate glande endocrine, pe lângă ovare, pot fi implicate, mai ales glanda pituitară, glandele suprarenale și tiroida.

natură psihiatrică. În anumite cazuri, teama de sarcină și/sau pulsuniile ostile îndreptate asupra copilului pot acționa sub forma stopării proceselor hormonale care susțin sarcina, provocând astfel avortul; în alte cazuri, apar vărsăturile toxice sau anorexia nervoasă, fără ca femeia să conștientizeze în vreun fel conflictul emoțional. În cazurile psihiatrice „pure”, sarcina poate evolua normal, dar femeia este brusc cuprinsă de panică, ce este raționalizată prin idei referitoare la răul pe care fătul în dezvoltare îl produce în interiorul corpului mamei sau ca teamă de moarte provocată de naștere; panica poate fi amplificată de intențiile sinucigașe sau de pulsuniile agresive îndreptate spre copil. În lupta defensivă împotriva panicii, femeia poate dezvolta reacții fobice ori depresii sau poate regresa la o psihoză schizofrenică severă („psihoza postpartum”). În anumite cazuri, întreruperea de sarcină sau parturiția poate duce la o vindecare simptomatică; în altele, ele nu opresc procesul care, o dată început, o face pe femeie să se simtă inferioară și vinovată din cauza eșecului în îndeplinirea funcției sale naturale. Se pare că procesele metabolice ale sarcinii, în rapiditatea desfășurării lor, realimentează conflictele datorate dezvoltării cu emoții atât de intense, încât Eul este copleșit de acestea și adus în starea de neajutorare în fața celei mai importante sarcini integrative din viața unei femei.

Mult mai norocoase din anumite puncte de vedere sunt acele femei salvate de la conștientizarea propriilor conflicte psihice legate de sarcină și naștere prin *sterilitate*. Studiul diverselor manifestări ale inhibițiilor funcțiilor reproductive arată că fertilitatea este relativă. Infertilitatea poate fi absolută în cazurile de anomalii pelviene și glandulare datorate unor defecte de dezvoltare și unor boli. Toate celelalte forme de infertilitate sunt

relative, depinzând de o mare varietate de factori organici (metabolici) și psihici. Și aici putem repeta: în măsura în care sunt cunoscute motivațiile psihodinamice ale sterilității, aceleași conflicte care cauzează panică ipohondrică la o femeie și depresie la o alta pot să apară în alt caz în legătură cu sterilitatea. Femeile care „suferă” de sterilitate funcțională nu sunt conștiente de anxietatea și ostilitatea lor legată de aducerea pe lume a copiilor; ele pot continua să manifeste o atitudine lipsită de ambivalență cu privire la maternitate.

Așa-numita „sterilitate funcțională” prezintă numeroase variații; în unele cazuri, ea ar putea să nu însemne un simptom psihosomatic real, întrucât nu există nici o modificare la nivel somatic. De exemplu, o femeie poate să pară sterilă atunci când dorința ei pentru raporturile sexuale este reprimată în timpul perioadei fertile și actul sexual are loc doar pe timpul fazei infertile a ciclului. Modificarea somatică ce conduce la infertilitate poate fi o modificare de ciclu, astfel încât ovulația să aibă loc în timpul menstruației, când de regulă nu se petrece actul sexual (Rubenstein — 197, 198). Astfel, modificarea nevrotică a dorinței pentru parentalitate la unul sau ambii parteneri ai cuplului conjugal poate declanșa sterilitatea și, ca o consecință a interacțiunii dintre parteneri, să ducă în final la suprimarea fertilității. Se poate vorbi de o mai mare complianță organică în cazurile în care sterilitatea este determinată de spasmul trompelor falopiene și de obturarea acestora, ca și, de asemenea, în acele cazuri în care conflictele psihosexuale duc la o încetare a funcționării ovariene, astfel încât ovulația nu se produce.

Motivațiile sterilității funcționale pot fi cel mai bine studiate prin analizarea reacțiilor femeii la infertilitatea ei. Psihologia adopției, pe cât este de interesantă, nu poate fi inclusă în acest capitol. Cu toate acestea, moti-

vațiile care împing femeia să adopte un copil după ce află că e sterilă permit o înțelegere atât a psihologiei maternității, cât și a sterilității. Sub presiunea tendinței naturale către maternitate, unele femei sunt nerăbdătoare să și-o manifeste în relația cu un copil; dacă acesta nu poate fi propriul copil, cel adoptat este acceptat emoțional ca substitut.¹² La alte femei, imboldul de a adopta maschează un complex de inferioritate, rana produsă Eului de sterilitate; pentru o altă categorie, adopția apare ca o soluție bine-venită pentru toate problemele, din moment ce, în afara altor satisfacții, eliberează mama (și din aceleași considerente și pe tată) de anxietățile și de conflictele narcisice care pot să apară în legătură cu înzestrările propriului copil. Toți acești factori indică implicarea complexă a Eului în parentalitate. Faptul că o astfel de influență este suficientă pentru a inhiba capacitatea femeii de a avea copii este demonstrat de cazurile în care femeia devine fertilă după ce adoptă un copil. Cu toate că există doar puține astfel de cazuri publicate (Orr — 176), acestea nu sunt fenomene izolate. Se pare că, după ce femeia a putut accepta un copil și și-a „exersat” funcția maternă, anxietatea acesteia se diminuează suficient de mult încât să poată face posibilă concepția.

Rămân încă deschise speculației cauzele care determină diferitele grade de susceptibilitate ale aparatului sexual la influența emoțiilor. Din moment ce conflictele determinate de mediu sunt limitate și răspunsurile la acestea diferă în mare măsură, ne putem pune întrebarea care sunt factorii constituționali responsabili pentru intensificarea conflictului la nivel psihologic. În linii foarte generale, ne-am putea referi la bisexualitate. La

¹² Aceasta apare cu precădere în situații în care o femeie nesterilă, maternă, acceptă sterilitatea soțului și este capabilă să devină o mamă bună pentru copilul adoptat.

nivel organic, factorii constituționali pot fi răspunzători pentru acea vulnerabilitate a sistemului endocrin care face posibilă sterilitatea.

Deficiența totală sau parțială a gondotropinei determină insuficiența gonadică. *Hipogonadismul* poate să apară la ambele sexe; semnificația efectelor sale asupra personalității, la ambele sexe, depinde de cauza și gradul de hipogonadism, precum și de vârsta la care deficiența a devenit manifestă. La bărbați, insuficiența de gonadotropină produce *eunucoidismul*. *Criptorhidia* (necoborârea testiculelor în scrot) este, de asemenea, rezultatul insuficienței gonadotropinei și poate duce la diferite grade de eunucoidism. Castrarea accidentală, chirurgicală sau datorată unor boli cum sunt parotidita epidemică (oreionul) și tuberculoza produce și ea hipogonadism. Eunucoidismul masculin este mult mai evident, fiind probabil mai des întâlnit, și el a fost studiat mai mult comparativ cu cazurile de femei „eunuci”. Acestea sunt femei născute cu atrezie ovariană (Wilkins și Fleischmann — 250); constituția lor fizică și structura emoțională par să difere de aceea a fetelor castrate timpuriu. Omițând efectele hipogonadismului asupra metabolismului și asupra conformației corporale, preocuparea noastră rămâne doar legată de efectele acestuia asupra organizării emoționale.

Indiferent dacă efectele lipsei stimulării gonadei se manifestă la nivel psihologic în copilăria timpurie sau dacă acestea sunt rezultatul modificărilor metabolice produse de veriga lipsă a lanțului endocrin, hipogonadismul este recognoscibil de timpuriu în personalitatea băiețelului. Probabil că persistența unei înfățișări neutre, asexuate, mai curând decât „femininitatea”, este cea care dă impresia puternică a unei devieri de la caracteristicile normale ale masculinității în copilărie. Băieții cu defi-

ciență gonadică clară nu prezintă caracteristicile „bisexualității emoționale”. Aceștia sunt mai degrabă asexualați. La fetele născute fără ovare, asexualitatea nu este atât de evidentă. Probabil că așteptările noastre ne determină judecata, care recunoaște pasivitatea băiețelului ca patologică, în timp ce acceptă „dulceața” pasivă a fetei ca fiind normală. Probabil că în cazul fetelor, identificarea cu mama normală în dezvoltare este responsabilă pentru un comportament care este în conformitate cu feminitatea. Înzestrarea intelectuală și capacitatea de dezvoltare a personalității în ansamblu determină ameliorarea pe care un astfel de copil — fie el băiat sau fată — o poate atinge în timpul vârstei prepubertății. Se pare că această perioadă se desfășoară normal — adică respectând modul în care copilul respectiv s-ar dezvolta sub influența mediului specific în care trăiește. Pubertatea este momentul la care hipogonadismul devine dureros de evident pentru individ și îl izolează pe acesta de grup. Sarcina adaptativă a fetei pare mai ușoară decât aceea a băiatului eunucoid. Aceasta se întâmplă probabil întrucât la fată corpul nedevelopat corespunzător vârstei și creșterea timidității acesteia nu o etichetează ca fiind nefeminină într-un mod evident. În timp ce viața ei emoțională devine profund inhibată (restrânsă într-un anumit sens), ea poate ieși împreună cu amicii, trecând aproape neobservată. Ea nu devine ținta atenției ostile, așa cum se întâmplă în cazul bărbatului eunucoid. Din acest motiv, dezvoltarea personalității bărbatului eunucoid după pubertate depinde de capacitatea acestuia de adaptare la propria inadecvare. Aceasta reprezintă o sarcină extraordinar de dificilă, ea fiind adesea îngreunată de atitudinea lipsită de înțelegere a mediului, chiar și a propriei familii a băiatului. Familia nu poate reacționa la această boală cu aceeași înțelegere cu care ar întâmpina

o altă boală înăscută. Sentimentul rușinii care însoțește eșecul sexual modifică reacția la eunucoidism în așa măsură încât face adaptarea la aceasta insuportabil de dificilă. Există doar un număr mic de studii detaliate asupra dezvoltării personalității și trăsăturilor caracteristice eunucoizilor în societatea prezentă. Interesul mai recent privitor la răspunsul acestora la terapia endocrină se concentrează în principal asupra modificărilor fizice ale caracteristicilor sexuale și a funcționării sexuale. Carmichael (45) a publicat un caz al unui eunucoid pe care l-a avut în analiză. Psihanaliza acestui bărbat a început după ce administrarea de proprionat de testosteron produsese deja caracteristicile sexuale ale corpului care apar în mod normal la adolescență. Tratamentul endocrin a fost continuat în timpul psihanalizei. Acest pacient prezenta toate apărările Eului tipice unei personalități nevrotice sever inhibate, compulsive. În timp ce dezvoltarea timpurie a pacientului era responsabilă pentru un Supraeu sever, el a dezvoltat simptomele mai cu seamă după vârsta obișnuită a pubertății, când deficiența sa a activat resentimentul legat de „castrare”, precum și rușinea ca urmare inadecvării sale. Cu toate acestea, își ascundea emoțiile cu ușurință, la adăpostul unei vieți trăite în mod corect, ca funcționar de bancă. Emoțiile sale erau „reci” și nu prea tulburătoare, până când terapia endocrină a fost de fapt cea care l-a răscolit. În acel moment a avut nevoie de terapie psihanalitică pentru a-și rezolva conflictele care îl împiedicau de la adaptarea sexuală.

Daniels și Tauber (233) au studiat adaptarea emoțională produsă de terapia de substituție administrată după castrarea chirurgicală. Observațiile lor au evidențiat un alt aspect referitor la influențele psihice asupra activității hormonale. Castrarea și pierderea potenței sexuale reprezintă o traumă care aducea în prim-plan tendințele

regresive ale acelor indivizi; regresia, la rândul său, intra în conflict cu dorința de a continua terapia. Factorii psihologici, cum ar fi capacitatea și dorința pacientului de a simți stimularea sexuală, de a „iniția o luptă” pentru câștigarea potenței etc., decid eficacitatea terapiei de substituție.

Influența hipogonadismului asupra integrării pulsivității sexuale și a expresiilor acesteia sub formă de aspirații sexuale este bine stabilită. Rămâne însă întrebarea dacă traumele psihice severe din copilăria timpurie împiedică integrarea normală a funcțiilor endocrine într-o proporție suficient de mare încât să producă hipogonadismul.

Dr. Helen McLean a analizat o pacientă al cărei caz este relevant.¹³

O femeie în vârstă de 22 de ani suferea de hipogonadism. Când era copil, credea că este scundă comparativ cu ceilalți copii; a început să crească la vârsta de 13 ani și acest lucru s-a întâmplat într-un ritm chiar mai rapid, după o vizită făcută acasă, pe când pacienta avea 16 ani. Tatăl și mama aveau o înălțime normală; mama născuse opt copii. Nu se cunoaște să fi existat endocrinopatii în familia ei. Pacienta avea înălțimea de 70 de inches* când a început terapia psihanalitică. Ea urmase tratament endocrin mai mult de un an; cu toate acestea, epifizele oaselor lungi nu erau încă sudate, și ea a mai crescut cu $\frac{3}{4}$ de inch** în timpul primului an de analiză. Pacienta era inteligentă, sensibilă și avea simțul sacrificiului de sine. Suferea din pricina faptu-

¹³ Lucrare nepublicată. Îmi exprim recunoștința către dr. McLean pentru permisiunea de a publica conținutul acestui material cazuistic.

* Aproximativ 1,77 m. (N. t.)

** Aproximativ 10 cm. (N. t.)

lui că, deși se simțea fată, din punct de vedere fizic nu avea înfățișarea unei fete; nu avea sânii dezvoltati și nu avusese niciodată menstruație; secrețiile vaginale nu arătau existența unei activități ovariene. Personalitatea sa era în mod accentuat cea a unei persoane răzbătătoare, independente, cu ambițiile și acea capacitate de dăruire specifice unui „bun susținător al celorlalți” (fie că aceasta însemna a avea un rol patern sau matern). A avut o copilărie traumatică. Tatăl și fratele mai mare au murit când ea era bebeluș, în timpul epidemiei de gripă din 1918. A trăit la bunica până la vârsta de 5 ani; ulterior, mama ei s-a recăsătorit și pacienta a locuit cu aceasta și tatăl vitreg. Mama pacientei a născut șase copii la interval de un an unul față de celălalt. Fiind tot timpul însărcinată și obosită, mama îi cerea pacientei să se comporte ca o soră medicală pentru ea și bebelușii săi. Pacienta dorea să-și ajute mama, dar când acest lucru a presupus renunțarea la școală, ea a decis ca la 10 ani să plece de acasă. A lucrat ca dădacă pentru copiii vecinilor și și-a continuat educația școlară. Cu toate acestea, se simțea dator să-și ajute mama și s-a întors acasă după terminarea gimnaziului. Cam acesta a fost momentul când și-a observat pentru prima dată creșterea neobișnuită în înălțime. Mai târziu, ea și-a părăsit familia pentru că aceasta „nu era un cămin bun pentru ea” și, ulterior, s-a reîntors când avea 16 ani, iar mama sa născuse ultimul copil. Aceasta a fost ultima încercare a pacientei de a locui cu familia. De atunci s-a mutat, dar se simte responsabilă pentru frații săi și îi ajută pe aceștia în orice mod. Mânia sa pentru lipsurile suferite pare să fie complet refulată. Pe parcursul tratamentului psihanalitic, ea s-a bucurat de atenția primită din partea unei doctorițe empatică, răsfăț de care pacienta nu mai avusese parte până la acel moment; a putut să scape de unele dintre poverile care o apăsau; pacienta a încetat să mai crească în înălțime și a început să aibă un fel de men-

struație în cantități mici și neregulate (sub formă de pete). Acesta s-ar putea să fi fost rezultatul tratamentului endocrin, dar probabil că psihanaliza a fost cea care i-a permis să devină „mai feminină”.

Analiza retrospectivă poate cu greu să stabilească factorii care au stopat dezvoltarea endocrină a acestei paciente. Ar trebui să luăm în considerare tendința puternică a Eului acestei paciente de refulare a tendințelor pasiv-receptive. A apărut această tendință ca urmare a unei identificări a pacientei cu tatăl și fratele său care au murit când aceasta avea un an? Sau a fost ea o reacție la separarea de mamă, pe care pacienta ar fi putut să o trăiască sub forma abandonului din partea mamei? Nu există nici o îndoială asupra faptului că pacienta a încercat să îi fie de ajutor și un protector al mamei, ca și cum ea ar fi acționat în locul tatălui. Mai mulți factori din copilăria sa ulterioară ar fi putut întări identificarea „masculină” a pacientei; probabil că „tendințele oedipiene” către tatăl vitreg au necesitat un efort susținut din partea pacientei pentru a le refula, iar nevoia de identificare cu mama a fost cu siguranță descurajată de comportamentul mamei, care părea slăbită de pe urma numeroaselor sarcini, ineficientă și exigentă. Extenuarea în urma muncii excesive și subnutriția erau semnificative la această pacientă, dar lupta dusă de ea pe plan emoțional împotriva feminității merită să fie privită și sub aspectul încetării activității glandei pituitare.

Autoarea a analizat o femeie necăsătorită, în vârstă de aproape 40 de ani, al cărei diagnostic clinic fusese mulți ani sindromul lui Cushing. Această pacientă era sensibilă, intuitivă și foarte înzestrată din punct de vedere intelectual. În timpul analizei, ea a rememorat o traumă ce avusese loc pe când avea 2 ani, ceea ce i-a provocat o des-

cărcare emoțională de o intensitate uluitoare. Exactitatea amintirilor recuperate cu privire la acest eveniment a putut fi verificată ulterior pe baza fotografiilor de familie și a altor informații. Pacienta, fără vreo interpretare din partea analistei, a descoperit că această traumă, petrecută imediat după nașterea fratelui său, provocându-i rușine, vinovăție și totodată o furie fără margini și un sentiment de neajutorare la adresa tatălui său, îi cauzase și o teamă de durată legată de sexualitate și o făcuse să evite bărbații.¹⁴ Știința se va putea declara mulțumită doar atunci când astfel de reconstrucții psihanalitice neobișnuite vor putea fi validate de observațiile directe asupra dezvoltării copiilor traumatizați.

Interacțiunea dintre factorii organici (adică gonadici) și economia psihosexuală constituie un echilibru fragil. Din moment ce componenta psihologică a acestui echilibru este rezultatul maturizării sexuale, interacțiunea dintre funcțiile gonadei și emoții poate fi studiată *longitudinal* — adică din punctul de vedere al istoriei dezvoltării individului și a simptomelor acestuia. Din moment ce echilibrul fluctuează sub acțiunea factorilor interni și externi, el poate fi studiat și pe *secțiuni transversale* — deci în orice situație aleasă.

Abordarea psihosomatică a problemelor cauzate de disfuncțiile sexuale permite construirea unui continuum, la una din extremitățile căruia am putea plasa tulburările cu cauze organice, iar la cealaltă sindroamele cu origine psihologică. Din moment ce orice sindrom este rezultatul interacțiunii dintre factorii organici și cei psihici, nici unul dintre aspectele acestuia nu poate fi pus exclusiv pe seama unuia dintre factori; acest lucru se datorează fap-

¹⁴ Pacienta a murit de boala lui Cushing la aproximativ zece luni de la întreruperea analizei, care îi adusese o ușurare considerabilă.

tului că ei reprezintă variabile aflate în dependență mutuală, care fac posibile atitudinile și funcțiile sexuale în toată gama, de la comportamentul normal până la cel patologic.

Capitolul 16

Terapia

Această carte tratează despre principiile fundamentale ale abordării psihosomatice în cercetare, diagnostic și terapie și nu constituie o încercare de a descrie ansamblul măsurilor terapeutice specifice care sunt necesare în tratarea diferitelor sindroame descrise. În acest capitol vor fi discutate și ilustrate cu exemple doar principiile abordării psihosomatice în cadrul terapiei.

Abordarea psihosomatică înseamnă mai mult decât ceea ce a fost denumit conduită la patul bolnavului sau artă medicală, ea este mai mult decât influența parcă hipnotizantă a personalității medicului asupra pacientului, însuflându-i acestuia speranță și încredere în sine. Aceasta se bazează pe o cunoaștere precisă a factorilor emoționali care acționează în fiecare caz și a acelor mecanisme fiziologice prin care factorii emoționali influențează procesul bolii. Doar în baza acestei cunoașteri psihoterapia poate fi corelată în mod inteligent cu măsuri la nivel somatic. O cunoaștere generală a patologiei — din perspectivă psihologică și somatică deopotrivă — constituie prima cerință de bază.

Una dintre cele mai frecvente erori în acest domeniu o reprezintă convingerea că, dacă a fost stabilită etiologia emoțională a unui caz, îngrijirea medicală somatică devine inutilă și pacientul poate fi trimis la un psihiatru.

Această eroare este reversul convingerii precedente greșite — și anume aceea că, dacă un pacient prezintă simptome somatice, cazul său este exclusiv de competența medicului sau a specialistului nepsihiatru. Progresul în medicina modernă constă în mod specific în cooperarea dintre specialiștii psihiatri și nepsihiatri, atât în diagnostic, cât și tratament. Indiferent dacă etiologia este de natură emoțională, o dată ce există un ulcer activ la nivelul duodenului, terapia trebuie să încerce să vindece această leziune locală. Un astfel de pacient necesită îngrijire medicală generală, controlul dietei și tratament farmacologic sau chiar intervenție chirurgicală (de exemplu sedarea sau administrarea unor medicamente specifice, cum este atropina, sau o intervenție chirurgicală de tipul vagotomiei, prin care conexiunea dintre sistemul nervos central și organele afectate poate fi blocată sau întreruptă). Psihoterapia centrată pe factorii emoționali specifici cu semnificație etiologică reprezintă un demers pe termen lung și ea trebuie corelată cu restul îngrijirilor medicale. Mai presus de toate, acest demers trebuie făcut la momentul oportun.

Primul pas constă în stabilirea unui diagnostic psihosomatic. În esență, acesta este un diagnostic medical incluzând evaluarea psihiatrică completă a factorilor de personalitate. Prin prisma celor afirmate, medicul este capabil să examineze istoricul medical al cazului în cadrul general al istoricului vieții pacientului. Aceste interviuri psihiatrice nu diferă în esență de interviurile preliminare care sunt luate la începutul unui tratament psihanalitic. Tehnica folosită în cadrul acestora a fost dezvoltată în principal de către psihanalisti și descrisă de către Felix Deutsch; Dunbar; Fenichel și alții (61, 75, 83). O atenție deosebită este acordată, pe de o parte, secvenței cronologice a dezvoltării simptomelor și situației de

viață a pacientului și, pe de altă parte, stării emoționale. Experiența demonstrează că simptomele organice în care factorii emoționali joacă un rol important au un istoric similar cu cel al oricărui simptom psihonevrotic. Conflictelor emoționale pe care pacientul nu le poate rezolva au adesea o influență perturbatoare asupra funcțiilor vegetative. Acesta este de regulă modul în care simptomele somatice apar pentru prima dată. Aceste prime simptome pot să apară în copilărie, în perioada de latență sau în timpul adolescenței. Ele se manifestă rareori ca atare pentru prima dată la vârsta adultă. Studiul anamnezic detaliat al acestor simptome premergătoare și adesea tranzitorii din perioadele de vârste timpurii arată că ele se dezvoltă în momente de stres emoțional și dispar dată cu descărcarea acestei tensiuni, doar pentru a reveni ori de câte ori noi situații conflictuale sunt provocate de vicisitudinile vieții. O comparație a constelațiilor emoționale din timpul acestor răbufniri diferite ajută la determinarea modului specific de a reacționa al pacientului. De exemplu, în istoricul de boală al pacienților cu ulcer peptic descoperim adesea că primele simptome gastrointestinale în abdomenul superior au apărut în copilărie, când pacientul a fost forțat pentru prima dată să lupte împotriva dorințelor sale de dependență. Dificultățile de hrănire din timpul înțărării pot constitui prima apariție a simptomelor premergătoare; vărsăturile de natură nervoasă apărute în primele zile de școală sau atunci când un cadru didactic, pe care copilul (după o perioadă de dificultăți inițiale) l-a acceptat într-un final, este înlocuit de un altul mai puțin înțelegător. Pregătirea asiduă pentru examene în timpul adolescenței poate constitui următoarea ocazie de manifestare a simptomelor nervoase la nivelul stomacului, iar în timpul vieții adulte această ocazie poate fi furnizată de promovarea în pri-

mul post ce implică responsabilitate. Expunerea prelungită la situații periculoase și solicitante în timpul războiului a constituit unul dintre cei mai generali factori precipitatori pentru astfel de simptome. Se întâmplă doar foarte rar ca un studiu anamnezic detaliat să nu poată stabili astfel de precursori, nu neapărat ai simptomelor ulcerului, ci ai altor manifestări în funcția tractului gastrointestinal superior.

Cu toate acestea, în cazul anumitor simptome organice, este mult mai dificilă descoperirea unor astfel de antecedente fiziologice. Hipertensiunea esențială este de regulă descoperită la maturitate. Cu toate acestea, pe baza studiilor psihosomatice se poate presupune că o sensibilitate a sistemului vascular la stimulii emoționali ar fi putut fi prezentă cu mult timp înainte ca boala propriu-zisă să se dezvolte. O perioadă îndelungată caracterizată prin tensiune arterială oscilantă în care tensiunea sistolică atinge din când în când valori ridicate a fost observată în mod repetat la pacienții tineri aflați sub îngrijire psihanalitică. Pacienții hipertensivi raportează adesea despre o modificare a comportamentului lor, în sensul trecerii de la crize frecvente de furie la o tendință pentru exercitarea unui control mai mare decât în mod normal asupra pulsioniilor agresive. Este foarte probabil ca perioada preliminară de tensiune arterială oscilantă să înceapă mai devreme sau mai târziu după producerea acestei modificări în personalitatea bolnavului. Sub influența cronică a acestei stimulări emoționale constante asupra sistemului vascular, mecanismele de reglare își pierd treptat flexibilitatea și tensiunea arterială începe să se mențină la un nivel mai ridicat decât valorile normale. Stabilizarea definitivă a tensiunii la un nivel ridicat poate să apară doar după ce au avut loc modificări organice concrete.

Este important că medicul ar trebui să fie familiarizat cu toate aceste date în vederea obținerii unui istoric relevant al cazului. Din cauza naturii studiilor anamnezice, datele exacte referitoare la trecut pot fi rareori obținute cu precizie și rigurozitate absolute. Medicul trebuie să interpreteze amintirile pacientului în contextul dezvoltării emoționale a acestuia, care de regulă poate fi refăcut cu o acuratețe mult mai mare decât istoricul unor simptome și neplăceri izolate. Cu toate acestea, acest gen de reconstituire necesită o cunoaștere amănunțită a psihodinamicii, în același mod în care diagnosticul organic necesită cunoștințe precise de anatomie, fiziologie și patologie.

După ce s-a realizat un diagnostic somatic și unul al personalității, în strânsă corelație unul cu celălalt, poate fi formulat un plan de tratament. Se înțelege de la sine că în toate cazurile în care simptomele locale necesită tratament imediat, ca de exemplu o tensiune arterială periculos de ridicată, ulcere cu sângerare, simptomele toxice în cazurile de tiroidie sau o hiperglicemie necontrolată în cazul diabetului, prima cerință vizează înlăturarea simptomelor prezente. Aceste măsuri de urgență au întâietate în fața celor psihoterapeutice de lungă durată, care se adresează factorilor etiologici de bază.

Este imposibil să se stabilească reguli stricte privind momentul la care psihoterapia ar trebui inițiată. Într-un număr mare de cazuri, îngrijirea medicală a simptomelor locale și psihoterapia se pot desfășura simultan. În alte cazuri, psihoterapia trebuie amânată până când tulburările fiziologice sunt ameliorate cu ajutorul îngrijirilor medicale. Este important să se conștientizeze faptul că măsurile psihoterapeutice de profunzime care vizează factorii emoționali fundamentali pot duce la creșteri tranzitorii ale tensiunii emoționale, putând precipita astfel

exacerbări ale simptomelor somatice. În toate formele de psihoterapii de tip dezvoltare, medicul încearcă să reexpună Eul pacientului la situația conflictuală inițială. Psihoterapeutul experimentat va face acest lucru doar treptat, evaluând în mod constant capacitatea Eului pacientului de a face față conflictului; cu toate acestea, chiar și într-o psihoterapie bine condusă este inevitabilă apariția conflictelor emoționale tranzitorii care pot agrava simptomele somatice. Colaborarea strânsă dintre psihoterapeut și medicul specialist este, prin urmare, imperios necesară. Psihoterapia condusă în astfel de cazuri fără colaborarea cu medicul specialist ar trebui privită ca terapie sălbatică.¹ Pe de altă parte, membrul echipei ce se ocupă de partea organică trebuie să aibă permanent în vedere faptul că, în toate cazurile în care factorii emoționali au o influență cauzală, măsurile ce vizează manifestările locale ale bolii nu pot realiza mai mult decât eliberarea de simptome. De aceea, el ar trebui să colaboreze pe deplin cu psihiatrul pentru stabilirea acelor sindroame somatice în care psihoterapia poate fi condusă fără riscuri. Un caz de colită ulcerativă pe care l-am tratat a necesitat o colaborare în vederea ajustării permanente a medicației în funcție de fluctuațiile emoționale ale stării pacientului în decursul psihoterapiei. În loc de a întrerupe psihoterapia atunci când se iveau semnalele de alarmă, ca de exemplu creșterea frecvenței scaunelor, pacientul a putut fi protejat prin sedarea și administrarea unor doze crescute de atropină de efectele nefavorabile ale tensiunilor emoționale crescute, care apar în mod inevitabil în timpul oricărei analize.

¹ Practicarea psihoterapiei de către nespecialiști prezintă în consecință serioase limitări, iar terapeutul nespecialist ca practician independent va fi în curând de domeniul trecutului, în această etapă a dezvoltării medicinei psihosomatice.

În cazurile de colită ulcerativă, slăbiciunea Eului a fost subliniată de câțiva autori (Lindemann; Daniels — 141, 56, 57, 58). Această observație a fost confirmată de seriile de cazuri tratate în cadrul Institutului de Psihanaliză din Chicago. Mulți dintre acești pacienți au o înclinație către proiecția paranoidă; unii dintre ei aparțin grupului psihozelor borderline. Drept urmare, este deosebit de important ca psihoterapeutul să evalueze cât de departe poate merge în a încălca Eul pacientului de pulsuni refulate. În multe cazuri, terapia suportivă este eficientă pentru alinarea simptomelor, în timp ce terapia penetrantă, mergând în profunzime, poate duce la o agravare a bolii sau poate precipita un episod psihotic. În acordarea terapiei suportive, medicul trebuie să fie conștient de situația conflictuală fundamentală, pentru a putea decide asupra abordării adecvate. În multe cazuri, ajutorarea pacientului îi diminuează acestuia conflictul datorat tendințelor sale regresive și îi permite să renunțe la responsabilități fără a se simți vinovat, ceea ce poate duce la echilibrarea tractului intestinal. Asta nu înseamnă, desigur, că problema ce ține de personalitate a fost rezolvată. Cu toate acestea, boala organică poate fi ținută sub control prin aceste măsuri terapeutice relativ simple.

În prezent se cunoaște originea psihodinamică doar pentru câteva tulburări vegetative. Pe harta cunoașterii etiologice, zonele neexplorate sunt considerabil mai întinse decât cele explorate și sunt necesare studii psihosomatice viitoare care să completeze aceste goluri.

A fost subliniat faptul că în bolile organice grave este adesea necesar mai întâi să ne concentrăm asupra simptomelor evidente și să restricționăm psihoterapia la o abordare de tip suportiv. Indiferent cât de importante ar putea fi astfel de măsuri terapeutice din punct de vedere practic, trebuie să se rețină că problemele fundamentale

de personalitate pot fi rezolvate doar prin terapie psihanalitică susținută, centrată pe rezolvarea conflictelor de bază. Medicul ar trebui să știe că acest scop terapeutic nu poate fi întotdeauna realizat. Simptomele organice, indiferent care ar fi originea lor, servesc adesea la drenarea tendințelor inconștiente străine Eului; ele sunt utilizate secundar pentru exprimarea acestor tendințe.² Simptomele organice pot salva pacientul de la dezvoltarea unor simptome mult mai severe la nivel psihologic. De aceea, ameliorarea simptomelor organice pune adesea Eul în fața unei noi probleme: de a găsi un nou mod de a descărca tendințele eliberate anterior prin simptomele organice. Nu rareori să vedem în cazurile de colită ulcerativă și, mai puțin frecvent și la pacienții cu ulcer peptic, că ameliorarea stării organice este urmată de o exacerbare severă a simptomelor psihologice. Pacientul care își exprimă nevoia intensă de reparație sau tendințele ostil-distructive prin diaree este deposedat de acest mod de descărcare, atunci când simptomele sale organice cedează. Dacă Eul său este încă incapabil să gestioneze aceste tendințe, el recurge la proiecții de tipul delirurilor paranoide. Similar, atunci când simptomele stomacale ale pacienților cu ulcer peptic se ameliorează, aceștia ar putea fi nevoiți să se confrunte cu tendințele lor dependente în forma originală a acestora, ca dorință intensă de a primi ajutor și iubire de la persoanele față de care sunt dependenți. Uneori, Eul nu este capabil să accepte aceste dorințe dependente și se apără de ele prin proiecție, după formula freudiană: „Eu nu îl iubesc, ci îl urăsc — el mă urăște”. Drept urmare, ia naștere situația stânjenitoare în care pacientul eliberat de simptomele sale stomacale în-

² Acest punct de vedere a fost subliniat de către K. Menninger („The Choice of the Lesser Evil”, în *Man Against Himself*, New York, Harcourt, Brace and Company, 1938).

cepe să manifeste o tendință paranoidă care îi afectează relațiile personale.

Trebuie reținut că orice simptom organic are o semnificație emoțională pentru pacient, semnificație de care Eul se folosește pentru a se elibera de conflictele emoționale. Adesea, simplul fapt de a fi bolnav organic reprezintă un element important pentru economia emoțională a pacientului nevrotic. El îi permite acestuia regresia la o atitudine mai dependentă de tip infantil. Vindecarea pacientului de afecțiunea sa creează o nouă problemă. Ea aduce cu sine sporirea responsabilităților pacientului și îl lasă pe acesta lipsit de orice scuză pentru a regresa. El trebuie atunci să găsească un substitut cu care să umple golul emoțional pe care dispariția simptomului organic l-a lăsat. Dorința conștientă a pacientului de a fi eliberat de simptomele sale organice nu poate fi luată ca în totalitate adevărată. Conștient el vrea să fie vindecat, dar nevoile sale nevrotice sunt adesea servite mai bine de boală. Prin urmare, psihoterapeutul experimentat este conștient de problemele emoționale create de dispariția simptomelor organice.

Acest dublu aspect al bolii — suferință și gratificare a dependenței — are o semnificație particulară în etapa actuală de structurare a practicii medicale pe domenii de specializare. Același pacient poate să fie vindecat din punctul de vedere al medicului specialist și să rămână bolnav din punctul de vedere al psihiatrului. Medicul care s-a ocupat de aspectele organice ale problemei se simte îndreptățit să externeze pacientul ca fiind vindecat și consideră simptomele nevrotice nou apărute ca o boală distinctă și independentă, care nu intră în sfera responsabilității sale. Abordarea psihosomatică atrage atenția asupra faptului că problemele pacientului nu pot fi divizate în somatice și mentale; ele trebuie tratate în tota-

litatea lor. Și cu toate astea, atât abordarea somatică, cât și cea psihoterapeutică necesită specialiști înalt calificați, care nu pot stăpâni ambele tehnici la fel de bine. Singura soluție la această dilemă este lucrul în echipă în cadrul terapiei, o colaborare strânsă între psihiatri și medici specialiști.

Este imposibil să se facă generalizări privind detaliile metodei psihoterapeutice. Cunoașterea situațiilor emoționale conflictuale fundamentale ce au o specificitate mai mare sau mai mică în cadrul diferitelor forme de tulburări vegetative îi dă terapeutului posibilitatea să obțină un progres mai rapid prin tratament.

De exemplu, este adesea posibil să eliberăm un pacient de crizele sale de astm dacă i se oferă ocazia să-și „mărturisească” tendințele refulate, străine Eului său, în câteva interviuri terapeutice.

Pacientul cu ulcer peptic poate fi uneori eliberat de simptomele acute în decursul câtorva interviuri, dacă i se furnizează o cale legitimă pentru a-și exprima și descărca dorințele pasiv dependente. Medicul i-ar putea cere în mod autoritar pacientului să plece într-o vacanță, furnizându-i astfel acestuia o scuză acceptabilă pentru a se putea relaxa. O abordare mult mai subtilă este aceea de a permite exprimarea nevoilor de dependență ale pacientului în cadrul situației transferențiale. Aceasta se poate realiza prin analizarea vinovăției și mândriei, ca factori emoționali responsabili pentru refularea dorințelor intense pasiv dependente sau a atitudinilor exigent agresive.

Pacientul hipertensiv își ameliorează adesea starea când simte că i se dă voie în timpul interviurilor să-și exprime pulsuniunile ostile înăbușite sau este încurajat la mai multă autoafirmare în situații legate de muncă sau în relația cu familia sa. La aceste cazuri, analiza sentimente-

lor de vinovăție și a nevoilor dependente contribuie în mare măsură la abilitatea pacientului de a-și exprima mult mai liber tendințele de autoafirmare și de a găsi astfel căi adecvate de descărcare a tensiunilor.

În tratamentul artritei, cunoașterea de către medic a constelațiilor emoționale specifice poate ajuta la accelerarea remisiilor. El știe că, dacă pacientul își poate exprima resentimentul în legătură cu cu serviciul util făcut celorlalți, simptomele sale cedează adesea. Condițiile de mediu pot fi de multe ori manipulate și adaptate pentru descărcarea pulsiunilor ostile pe căi acceptabile. Relaxarea tensiunii musculare care decurge de aici ar putea avea atunci o influență benefică asupra simptomelor.

O coordonare mai eficientă a măsurilor somatice cu cele psihoterapeutice este una dintre marile provocări cu care este confruntată știința medicală actuală. A face față acestei provocări va necesita o cunoaștere mai precisă a relației dintre factorii constituționali, emoționali și fiziologici implicați în producerea bolii.

Bibliografie

1. Abraham, K.: „Ejaculatio Praecox“, capitolul 13, în *Selected Papers*, Hogarth Press și Institutul de Psihanaliză, Londra, 1927.
2. —: „Hysterical Dream States“, capitolul 4, în *Selected Papers*, Hogarth Press și Institutul de Psihanaliză, Londra, 1927.
3. —: „Manic-depressive States and the Pregenital Levels of the Libido“, capitolul 26, în *Selected Papers*, Hogarth Press și Institutul de Psihanaliză, Londra, 1927.
4. —: „The Spending of Money in Anxiety States“, capitolul 14, în *Selected Papers*, Hogarth Press și Institutul de Psihanaliză, Londra, 1927.
5. Abramson, D.I.: *Vascular Responses in the Extremities of Man in Health and Disease*, University of Chicago Press, Chicago, 1944.
6. Ackerman, N.W., Chidester, L.: „‘Accidental’ Self-Injury in Children“, *Arch. Pediat.* 53: 711, 1936.
7. Alexander, F.: „Emotional Factors in Essential Hypertension“, *Psychosom. Med.* 1:173, 1939.
8. —: *Fundamentals of Psychoanalysis*, W.W. Norton & Company, Inc., New York, 1948.

9. —: „The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. I. General Principles, Objectives and Preliminary Results“, *Psychoanalyt. Quart.* 3:501, 1934.
10. —: *The Medical Value of Psychoanalysis*, W.W. Norton & Company, Inc., New York, 1936.
11. —: „Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension“, *Psychosom. Med.* 1:139, 1939.
12. —: „Training Principles in Psychosomatic Medicine“, *Am.J. Orthopsychiat.* 16:410, 1946.
13. —: „Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder“, *Psychosom. Med.* 9:320, 1947.
14. Alexander, F., et al.: „The Influence of Psychologic Factors Upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium“, *Psychoanalyt. Quart.* 3:501, 1934.
15. Alexander, F., Menninger, W.C.: „Relation of Persecutory Delusions to the Functioning of the Gastro-intestinal Tract“, *J. Nerv. & Ment. Dis.* 84: 541, 1936.
16. Alexander, F., Portis, S.A.: „A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue“, *Psychosom. Med.* 6:191, 1944.
17. Alkan, L.: *Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart & Leipzig, 1930.
18. Alvarez, W.C.: *Nervous Indigestion*, P.B. Hoeber, Inc., New York, 1930.
19. —: „Ways in Which Emotion Can Affect the Digestive Tract“, *J.A.M.A.*, 92:1231, 1929.
20. Bacon, C.: „The Influence of Psychologic Factors Upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. II. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Gastric Disturbance“, *Psychoanalyt. Quart.* 3:540, 1934.

21. Balzac, H. de: *Cousin Pons*, The Century Co, New York, 1906.
22. Barath, E.: „Arterial Hypertension and Physical Work“, *Arch. Int. Med.* 42:297, 1928.
23. Bartemeier, L.H.: „A Psychoanalytic Study of a Case of Chronic Exudative Dermatitis“, *Psychoanalyt. Quart.* 7:216, 1938.
24. Beach, F.A.: *Hormones and Behaviour*, Paul B. Hoeber, Inc., New York și Londra, 1948.
25. Benedek, T.: „Climacterium: a Developmental Phase“ (urmează a fi publicat în *Psychoanalyt. Quart.*).
26. —: „The Psychosomatic Implications of the Primary Unit: Mother–Child“, *Am. J. Orthopsychiat.* 19:642, 1949.
27. —: „Die ueberwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit“, *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 22:59, 1936.
28. Benedek, T., Rubenstein, B.B.: *The Sexual Cycle in Women*, Psychosom Med. Monographs, vol. III, nr. I și II, National Research Council, Washington, D.C., 1942.
29. Benjamin, J.D., Coleman, J.V., Hornbein, R.: „A Study of Personality in Pulmonary Tuberculosis“, *Am. J. Orthopsychiat.* 18:704, 1948.
30. Bergmann, G. von: „Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem“, *Berliner Klinische Wchnschr.* 50:2374, 1913.
31. —: „Zum Abbau der ‘Organneurosen’ als Folge Interner Diagnostik“, *Deutsche Med. Wchnschr.*, vol. 53, nr. 49, p. 2057, Leipzig, 1927.
32. Binger, C.A.L., Ackerman, N.W., Cohn, A.E., Schroeder, H.A., și Steele, J.H.: *Personality in Arterial Hypertension*, American Society for Research in Psychosomatic Problems, New York, 1945.

33. Bond, E.: „Psychiatric Contributions to the Study of the Gastrointestinal System“, *Am. J. Digest. Dis.* 5:482, 1938.
34. Booth, G.C.: „The Psychological Approach in Therapy of Chronic Arthritis“, *Rheumatism*, vol. 1, nr. 3, p. 48, 1939.
35. Bradley, S.E.: „Physiology of Essential Hypertension“, *Am. J. Med.* 4:398, 1948.
36. Brenner, C., Friedman, A.P., Carter, S.: „Psychologic Factors in the Etiology and Treatment of Chronic Headache“, *Psychosom. Med.* 11:53, 1949.
37. Broh-Kahn, R.H., Podore, C.J., și Mirsky, I.A.: „Uropepsin Excretion in Men“, *J. Clin. Investigation*, 27:825, 1948.
38. Bram, I.: „Psychic Trauma in Pathogenesis of Exophthalmic Goiter“, *Endocrinology*, 11:106, 1927.
39. Brown, W.L.: „Biology of the Endocrine System“, *New York, Med. J.* 115:373, 1922.
40. Brown, W.T., Gildea, E.A.: „Hyperthyroidism and Personality“, *Am. J. Psychiat.* 94:59, 1937.
41. Brown, W.T., Pereu, P.W., Sullivan, A.J.: „Ulcerative Colitis and the Personality“, *Am. J. Psychiat.* 95:407, 1938.
42. Bruch, H., și Hewelett, E.: „Psychologic Aspects of the Medical Management of Diabetes in Children“, *Psychosom. Med.* 9:205, 1947.
43. Cannon, W.B.: *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, ediția a doua, D. Appleton & Co, New York, 1920.
44. Carlson, H.B., McCulloch, W., Alexander, F.: „Effects of Zest on Blood Sugar Regulation“. Citit ca atare la A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, 9 decembrie 1949.

45. Carmichael, H.T.: „A Psychoanalytic Study of a Case of Eunuchoidism“, *Psychoanaly. Quart.* 10:243, 1941.
46. Chadwick, M.: *The Psychological Effects of Menstruation*, Nerv. & Ment. Dis. Monograph Series, nr. 56, Nerv. & Ment. Dis. Publ. Co., New York și Washington, 1932.
47. Clark, D., Hough, H., și Wolff, H.G.: „Experimental Studies on Headache. Observations on Histamine Headache“, *A. Research Nerv. & Ment. Dis. Proc.* 15:417, 1935.
48. Colwell, A.R.: „Observed Course of Diabetes Mellitus and Inferences Concerning its Origin and Progress“, *Arch. Int. Med.* 70: 523, 1942.
49. Conrad, A.: „The Psychiatric Study of Hyperthyroid Patients“, *J. Nerv. & Ment. Dis.* 79:505, 1934.
50. Coriat, I.: „Sex and Hunger“, *Psychoanalyt. Rev.* 8:375, 1921.
51. Cormia, F., Slight, D.: „Psychogenic Factors in Dermatoses“, *Canad. M. A. J.* 33:527, 1935.
52. Crile, G.: „The Mechanism of Exophthalmic Goitre“, Third Int. Goitre Conf. and Am. A. for the Study of Goitre. Proc. 1938, p. 1.
53. Cserna, I.: „Adatok az Icterus Neonatorum Tanaboz“, *Orvosi hetil.* 67:42.
54. Dale, H.H., Feldberg, W.: „Chemical Transmitter of Vagus Effects to Stomach“, *J. Physiol.* 81:320, 1934.
55. Daniels, G.E.: „Analysis of a Case of Neurosis with Diabetes Mellitus“, *Psychoanaly. Quart.* 5:513, 1936.
56. —: „Psychiatric Aspects of Ulcerative Colitis“, *New England J. Med.* 226:178, 1942.
57. —: „Psychiatric Factors in Ulcerative Colitis“, *Gastroenterology* 10:59, 1948.

58. —: „Treatment of a Case of Ulcerative Colitis Associated with Hysterical Depression“, *Psychosom. Med.* 2:276, 1940.
59. Darwin, C.R.: *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. J. Murray, London, 1872.
60. DeRobertis, E.: „Assay of Thyrotropic Hormone in Human Blood“, *J. Clin. Endocrinol.* 8:956, 1948.
61. Deutsch, F.: „Associative Anamnesis“, *Psychoanalyt. Quart.* 8:354, 1939.
62. Deutsch, F., Nadell, R.: „Psychosomatic Aspects of Dermatology with Special Consideration of Allergic Phenomena“, *Nerv. Child.* 5:339, 1946.
63. Deutsch, H.: *The Psychology of Women*, vol. I și II, Grune & Stratton, New York, 1944, 1945.
64. Dragstedt, L.R.: „Section of the Vagus Nerves to the Stomach in the Treatment of Peptic Ulcer“, *Surg., Gynec. & Obst.* 83:547, 1946.
- 65.—: „Some Psychological Principles in Surgery of the Stomach“, *Canad. M. A. J.* 56:133, 1947.
66. Dragstedt, L.R., Owens, F.M., Jr.: „Supradiaphragmatic Section of Vagus Nerves in Treatment of Duodenal Ulcer“, *Proc. Soc. Exper. Biol & Med.* 53:152, 1943.
67. Draper, G.: „The Common Denominator of Disease“, *Am. J. M. Sc.* 190:545, 1935.
68. —: „The Emotional Component of the Ulcer Susceptible Constitution“, *Ann. Int. Med.* 16:633, 1942.
69. —: *Human Constitution; a Consideration of its Relationship to Disease*, W.B. Saunders Company, Philadelphia și Londra, 1924.
70. Draper, G., Touraine, G.A.: „The Man-Environment Unit and the Peptic Ulcer“, *Arch. Int. Med.* 49:616, 1932.

71. Dunbar, F.: *Emotions and Bodily Changes*, ediția a treia, Columbia University Press, New York, 1947.
72. —: *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*, Random House, New York, 1947.
73. —: „Physical Mental Relationships in Illness; Trends in Modern Medicine and Research as Related to Psychiatry“, *Am. J. Psychiat.* 91:541, 1934.
74. —: „Psychoanalytic Notes Relating to Syndromes of Asthma and Hay Fever“, *Psychoanaly. Quart.* 7:25, 1938.
75. —: *Psychosomatic Diagnosis*, Paul B. Hoeber, Inc., New York, Londra, 1943.
76. Einstein, A., și Infeld, L.: *The Evolution of Physics*, Simon & Schuster, New York, 1938.
77. Eisenbud, J.: „The Psychology of Headache“, *Psychiat. Quart.* 11:592, 1937.
78. Engel, G.L., Ferris, E.B., Romano, J.: „Studies of Syncope“, *Cincinnati J. Med.* 26:93, 1945.
79. Engel, G.L., și Romano, J.: „Studies of Syncope: IV. Biologic Interpretation of Vasodepressor Syncope“, *Psychosom. Med.* 9:288, 1947.
80. Engel, G.L., Romano, J., McLin, T.R.: „Vasodepressor and Carotid Sinus Syncope. Clinical, Electroencephalographic and Electrocardiographic Observations“, *Arch. Int. Med.* 74:100, 1944.
81. Fahrenkamp, K.: *Die psychophysischen Wechselwirkungen bei den Hypertonieerkrankungen*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1926.
82. Farquharson, H., Hyland, H.H.: „Anorexia Nervosa“, *J.A.M.A.* 111:1085, 1938.
83. Fenichel, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. W.W. Norton & Company, Inc., 1945.
84. Ferenczi, S.: „Disease- or Patho-Neurosis“, capitolul 5 în *Further Contributions to the Theory and Tech-*

- nique of Psychoanalysis*, Hogarth Press și Institutul de Psihanaliză, Londra, 1926.
85. Ferris, E.B., Reiser, M.F., Stead, W.W., și Brust, A.A., Jr.: „Clinical and Physiological Observations of Interrelated Mechanisms in Arterial Hypertension“, *Trans. A. Am. Physicians* 61:97, 1948.
 86. Ficarra, B.J., și Nelson, R.A.: „Phobia as a Symptom in Hyperthyroidism“, *Am. J. Psychiat.* 103:831, 1947.
 87. Fishberg, A.M.: *Hypertension and Nephritis*, ediția a treia, Lea and Febiger, Philadelphia, 1934.
 88. French, T.M.: „Physiology of Behaviour and Choice of Neurosis“, *Psychoanalyt. Quart.* 10:56, 1941.
 89. French, T.M., Alexander, F., et al.: *Psychogenic Factors in Bronchial Asthma*, părțile I și II. Psychosom. Med. Monographs IV și II, nr. I și II. National Research Council, Washington, 1941.
 90. French, T.M., în colaborare cu Johnson, A.M.: „Brief Psychotherapy in Bronchial Asthma“, în *Proceedings of the Second Brief Psychotherapy Council*. Institutul de Psihanaliză, Chicago, 1944.
 91. French, T.M., Shapiro, L.B.: „The Use of Dream Analysis in Psychosomatic Research“, *Psychosom. Med.* 11:110, 1949.
 92. Freud, S.: „The Justification for Detaching from Neurasthenia a Particular Syndrome: the Anxiety-Neurosis“, capitolul 5 în *Collected Papers*, vol. I, ediția a doua, Hogarth Press și Institutul de Psihanaliză, Londra, 1940.
 93. —: „Mourning and Melancholia“, capitolul 8 în *Collected Papers*, vol. IV, ediția a III-a, Hogarth Press și Institutul de Psihanaliză, Londra, 1946.
 94. —: *Three Contributions to the Theory of Sex*. Nerv & Ment. Dis. Monograph Series nr. 7, Nerv. & Ment. Dis. Publ. Co., 1930.

95. —: *Wit and Its Relation to the Unconscious*, Moffat, Yard, New York, 1916.
96. Fromm-Reichmann, F.: „Contribution to the Psychogenesis of Migraine“, *Psychoanalyt. Rev.* 24:26, 1937.
97. Gaskell, W.H.: *Origin of Vertebrates*, Longmans, Green & Co., New York, 1908.
98. —: „Phylogenetic considerations“, *Brit. M. J.* 1:270, 1886.
99. Gerard, M.W.: „Enuresis. A Study in Etiology“, *Am. J. Orthopsychiat.* 9:48, 1939.
100. Gillespie, R.D.: „Psychological Aspects of Skin Diseases“, *Brit. J. Dermat.* 50:1, 1938.
101. Goldblatt, H.: „Studies on Experimental Hypertension. V. The Pathogenesis of Experimental Hypertension Due to Renal Ischemia“, *Ann. Int. Med.* 11:69, 1937.
102. Goldscheider, K.: *Ztschr. f. aertzl. Fortbildung*, vol. 23, nr. 1, p. 1, 1926 (citat de Fahrenkamp).
103. Goodall, J.S., Rogers, L.: „The Effects of the Emotions in the Production of Thyrotoxicosis“, *M.J. & Rec.* 138:411, 1933.
104. Graham, J.R., Wolff, H.G.: „Mechanism of Migraine Headache and Action of Ergotamine Tartrate“, *Arch. Neurol. & Psychiat.* 39:737, 1938.
105. Gregg, A.: „The Future of Medicine“, *Harvard Medical Alumni Bulletin*, Cambridge. vol. 11 (octombrie, 1936).
106. Groen, J.: „Psychogenesis and Psychotherapy of Ulcerative Colitis“, *Psychosom. Med.* 9:151, 1947.
107. Gull, W.: „Anorexia Nervosa“, *Tr. Clin. Soc.* 7:22, Londra, 1874.
108. Gutheil, E.: „Analysis of a Case of Migraine“, *Psychoanalyt. Rev.* 21:272, 1934.

109. Halliday, J.L.: „Approach to Astma“, *Brit. J.M. Psychol.* 17:1, 1937.
110. —: „Concept of a Psychosomatic Affection“, *Lancet*, 2:692, Londra, 1943.
111. —: „Epidemiology and the Psychosomatic Affections; a Study in Social Medicine“, *Lancet*, 2:185, Londra, 1946.
112. —: „The Incidence of Psychosomatic Affections in Britain“, *Psychosom. Med.* 7:135, 1945.
113. —: „Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis“, *Proc. Roy. Soc. Med.* 35:455, 1942.
114. —: „Psychological Factors in Rheumatism: Preliminary Study“, *Brit. M. J.* 1:213, 264, 1937.
115. —: *Psychosocial Medicine. A Study of the Sick Society*, W.W. Norton & Company, Inc., New York, 1948.
116. Ham, G.C., Alexander, F., Carmichael, H.T.: „Dynamic Aspects of the Personality Features and Reactions Characteristic of Patients with Graves' Disease“. Prezentat la A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, 9 decembrie 1949.
117. Hartman, H.R.: „Neurogenic Factors in Peptic Ulcer“, *M. Clin. North America* 16:1357, 1933.
118. Hill, L.B.: „A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension“, *Psychoanalyt. Rev.* 22:60, 1935.
119. Himwich, H.E.: „A Review of Hypoglycemia, Its Physiology and Pathology, Symptomatology and Treatment“, *Am. J. Digest. Dis.* 11:1, 1944.
120. Hinkle, L.E., Conger, G.A., Wolf, S.: „Experimental Evidence on the Mechanism of Diabetic Keto-sis“, *J. Clin. Investigation* 28:788, 1949.
121. Hinkle, L.E., Wolf, S.: „Experimental Study of Life Situations, Emotions, and the Occurrence of Aci-

- dosis in a Juvenile Diabetic", *Am. J. M. Sc.* 217:130, 1949.
122. Hoskins, R.G.: *Endocrinology*, ediție revizuită, W.W. Norton & Company, Inc., New York, 1950.
 123. Jackson, D.D.: „The Psychosomatic Factors in Ulcerative Colitis“, *Psychosom. Med.* 8:278, 1946.
 124. Jelliffe, S.E., Evans, E.: „Psoriasis as an Hysterical Conversion Symbolization“, *New York Med. J.* 104:1077, 1916.
 125. Johnson, A.M.: „A Case of Migraine“, în *Proceedings of the Third Psychotherapy Council*, Institute for Psychoanalysis, Chicago, 1946.
 126. Johnson, A.M., Shapiro, L.B., Alexander, F.: „A Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis“, *Psychosom. Med.* 9:295, 1947.
 127. Jones, E.: „Urethralerotik und Ehrgeiz“, *Internat. Ztschr. f. Aerztl. Psychoanal.* 3:156, 1915.
 128. Joslin, E.P., Root, H.F., White, P., Marble, A., Bailey, C.C.: *The Treatment of Diabetes Mellitus*, ediția a opta, Lea and Febiger, Philadelphia, 1947.
 129. Kapp, F.T., Rosenbaum, M., Romano, J.: „Psychological Factors in Men with Peptic Ulcers“, *Am. J. Psychiat.* 103:700, 1947.
 130. Kepecs, J., Robin, M., Brunner, M.J.: „The Relationship of Certain Emotional States and Transudation into the Skin“. Prezentată la întâlnirea anuală organizată de The Am. Psychosom. Soc., Atlantic City 30 aprilie, 1949.
 131. King, E.L., Herring, J.S.: „Hypothyroidism in the Causation of Abortion, Especially of the: ‘Missed’ Variety“, *J.A.M.A.* 113:1300, 1939.
 132. Klauder, J.V.: „Psychogenic Aspects of Diseases of the Skin“, *Arch. Neurol. & Psychiat.* 33:221, 1935.

133. Knopf, O.: „Preliminary Report on Personality Studies in 30 Migraine Patients“, *J. Nerv. & Ment. Dis.* 82:270, 400, 1935.
134. Kronfeld, A.: „Oesophagus-Neurosen“, *Psychotherapeut. Praxis* 1:21, 1934.
135. Laségue, C.: „On Hysterical Anorexia“, *Med. Times and Gaz.* 2:265, 1873.
136. Levey, H.B.: „The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances. A Symposium. IV. Oral Trends and Oral Conflicts in a Case of Duodenal Ulcer“, *Psychoanalyt. Quart.* 3:574, 1934.
137. Levine, M.: „The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances. A Symposium. V. Preenital Trends in a Case of Chronic Diarrhea and Vomiting“, *Psychoanalyt. Quart.* 3:583, 1934.
138. Lewis, N.D.C.: „Psychoanalytic Study of Hyperthyroidism“, *Psychoanalyt. Rev.* 10:140, 1923.
139. —: „Psychological Factors in Hyperthyroidism“, *M. J. & Rec.* 122:121, 1925.
140. Lidz, T.: „Emotional Factors in the Etiology of Hyperthyroidism“, *Psychosom. Med.* 11:2, 1949.
141. Lindemann, E.: „Psychiatric Problems in Conservative Treatment of Ulcerative Colitis“, *Arch. Neurol. & Psychiat.* 53:322, 1945.
142. Long, C.N.H.: „Conditions Associated with Secretion of Adrenal Cortex“, *Federation Proc.* 6:461, 1947.
143. Lorand, S.: „Psychogenic Factors in a Case of Angioneurotic Edema“, *J. Mt. Sinai Hosp.* 2:231, 1936.
144. Mahl, G.F.: „Effect of Chronic Fear on the Gastric Secretion of HCL in Dogs“, *Psychosom. Med.* 11:30, 1949.

145. Marañon, G.: „Le facteur émotionnel dans la pathogénie des états hyperthyroïdiens“, *Ann. méd.* 9:81, 1921.
146. Marbe, K.: *Praktische Psychologie der Unfälle und Betriebschaeden*, R. Oldenbourg, München-Berlin, 1926.
147. Marcussen, R.M., Wolff, H.G.: „Therapy of Migraine“, *J.A.M.A.* 139:198, 1949.
148. Markee, J.E., Sawyer, C.H., Hollinshead, W.H.: „Andrenegnic Control of the Release of Luteinizing Hormone from the Hypophysis of the Rabbit“, *Recent Progr. Hormone Research* 2:117, 1948.
149. Maslow, A.: „The Role of Dominance in the Social and Sexual Behavior of Infra-Human Primates: III. A Theory of Sexual Behavior of Infra-Human Primates“, *J. Genet. Psychol.* 48:310, 1936.
150. Meyer, A., Bollmeier, L.N., Alexander, F.: „Correlation between Emotions and Carbohydrate Metabolism in Two Cases of Diabetes Mellitus“, *Psychosom. Med.* 7:335, 1945.
151. Mead, M.: *Male and Female*, William Morrow & Company, New York, 1949.
152. Menninger, K.: „Emotional Factors in Hypertension“, *Bull. Menninger Clin.* 2:74, 1938.
153. —: „Polysurgery and Polysurgical Addiction“, *Psychoanalyt. Quart.* 3:173, 1934.
154. Menninger, K., Menninger, W.C.: „Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders“, *Am. Heart J.* 11:10, 1936.
155. Meyer, K., Prudden, J.F., Lehman, W.L., Steinberg, A.: „Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary Disease. I. Lysozyme in Peptic Ulcer“, *Am. J. Med.* 5:482, 1948.

156. Meyer, K., Gellhorn, A., Prudden, J.F., Lehman, W.L., Steinberg, A.: „Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary Disease. II. Lysozyme in Chronic Ulcerative Colitis“, *Am. J. Med.* 5:496, 1948.
157. Miller, M.L.: „Psychodynamic Mechanism in a Case of Neurodermatitis“, *Psychosom. Med.* 10:300, 1948.
158. —: „A Psychological Study of a Case of Eczema and a Case of Neurodermatitis“, *Psychosom. Med.* 4:82, 1942.
159. Mirsky, I.A.: „Emotional Factors in the Patient with Diabetes Mellitus“. *Bull. Menninger Clin.* 12:187, 1948.
160. —: „Emotional Hyperglycemia“, *Proc. Central Soc. Clin. Research* 19:74, 1946.
161. —: „The Etiology of Diabetic Acidosis“, *J.A.M.A.* 118:690, 1942.
162. —: „Some Considerations of the Etiology of Diabetes Mellitus in Man“, *Proc. Am. Diab. A.* 5:117, 1945.
163. Mirsky, I.A., Block, S., Osher, S. și Broh-Kahn, R.H.: „Uropepsin Excretion by Man; I. The Source, Properties and Assay of Uropepsin“, *J. Clin. Investigation* 27:818, 1948.
164. Mittelman, B.: „Psychogenic Factors and Psychotherapy in Hyperthyreosis and Rapid Heart Imbalance“, *J. Nerv. & Ment. Dis.* 77:465, 1933.
165. Mittelman, B., și Wolff, H.G.: „Emotions and Gastrointestinal function: Experimental Studies on Patients with Gastritis, Duodenitis and Peptic Ulcer“, *Psychosom. Med.* 4:5, 1942.
166. Mohr, F.: *Psychophysische Behandlungsmethoden*, Hirzel, Leipzig, 1925.
167. Montagu, M.F. Ashley: *Adolescent Sterility*, Charles C. Thomas, Springfield, 1946.

168. Moschcowitz, E.: *Biology of Disease*, Mt. Sinai Hospital Monograph No 1, Grune & Stratton, New York, 1948.
169. —: „Hypertension: Its Significance, Relation to Arteriosclerosis and Nephritis and Etiology“, *Am. J.M. Sc.* 158:668, 1919.
170. —: „The Nature of Graves' Disease“, *Arch. Int. Med.* 46:610, 1930.
171. *Motor Vehicle Traffic Conditions in the U.S.*, partea a 6-a, p. 4. Congresul al 75-lea, a 3-a sesiune, House Document 462, partea a 6-a, Washington D. C., 1938.
172. Müller, O.: *Die Kapillaren der Menschlichen Körperoberfläche in Gesunden und Kranken Tagen*, Ferdinand Enke, Stuttgart, 1922.
173. Murray, C.D.: „A Brief Psychological Analysis of a Patient with Ulcerative Colitis“, *J. Nerv. & Ment. Dis.* 72:617, 1930.
174. —: „Psychogenic Factors in the Etiology of Ulcerative Colitis and Bloody Diarrhea“, *Am. J.M. Sc.* 180:239, 1930.
175. Necheles, H.: „A Theory on Formation of Peptic Ulcer“, *Am. J. Digest. Dis. and Nutrition* 4:643, 1937.
176. Orr, D.: „Pregnancy Following the Decision to Adopt“, *Psychosom. Med.* 3:441, 1941.
177. Page, I.H., Corcoran, A.C.: *Arterial Hypertension*, The Year Book Publishers, Chicago, 1945.
178. Palmer, W.L.: „Fundamental Difficulties in the Treatment of Peptic Ulcer“, *J.A.M.A.* 101:1604, 1933.
179. Perloff, W.H.: „Role of the Hormones in Human Sexuality“, *Psychosom. Med.* 11:133, 1949.
180. Podore, C.J., Broth-Kahn, R.H., Mirsky, I.A.: „Uropepsin Excretion by Man. III. Uropepsin

- Excretion by Patients with Peptic Ulcer and Other Lesions of the Stomach", *J. Clin. Investigation* 27:834, 1948.
181. Portis, S.A.: „Idiopathic Ulcerative Colitis; Newer Concepts Concerning Its Cause and Management", *J.A.M.A.* 139:208, 1949.
 182. Portis, S.A., Zitman, I.H.: „A Mechanism of Fatigue in Neuro-psychiatric Patients", *J.A.M.A.* 121: 569, 1943.
 183. Pratt, J.P.: „Sex Functions in Man", capitolul 24 din *Sex and Internal Secretions*, editor E. Allen, ediția a doua, The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1939.
 184. Rahman, L., Richardson, H.B., și Ripley, H.S.: „Anorexia Nervosa with Psychiatric Observations", *Psychosom. Med.* 1:335, 1939.
 185. Rawson, A.T.: „Accident Proneness", *Psychosom. Med.* 6:88, 1944.
 186. Rennie, T.A.C., Howard, J.E.: „Hypoglycemia and Tension-Depression", *Psychosom. Med.* 4:273, 1942.
 187. Richardson, H.B.: „Simmonds' Disease and Anorexia Nervosa", *Arch. Int. Med.* 63:1, 1939.
 188. Richter, K.M.: „Some New Observations Bearing on the Effect of Hyperthyroidism on Genital Structure and Function", *J. Morphol.* 74:375, 1944.
 189. Riseman, J.E.F., Weiss, S.: „Symptomatology of Arterial Hypertension", *Am. J. M. Sc.* 180:47, 1930.
 190. Romano, J., Coon, G.P.: „Physiologic and Psychologic Studies on Spontaneous Hypoglycemia", *Psychosom. Med.* 4:283, 1942.
 191. Romano, J., și Engel, G. L.: „Studies of Syncope. III. The Differentiation between Vasodepressor Syn-

- cope and Hysterical Fainting", *Psychosom. Med.* 7:3, 1945.
192. Romano, J., Engel, G.L., Webb, J.P., Ferris, E.B., Ryder, H.W., Blankenhorn, M.A.: „Syncopal Reactions during Simulated Exposure to High Altitude in Decompression Chamber", *War Med.* 4:475, 1943.
 193. Rosen, H., Lidz, T.: „Emotional Factors in the Precipitation of Recurrent Diabetic Acidosis", *Psychosom. Med.* 11:211, 1949.
 194. Rosenbaum, M.: „Psychogenic Headache", *Cincinnati J. Med.* 28:7, 1947.
 195. Rosenbaum, M., Kapp, F.T.: „Psychosomatic Conference of the Cincinnati General Hospital. Case No. 141, Ulcerative Colitis", *Dis. Nerv. System* 8:345, 1947.
 196. Ross, W.D.: „The Person with Ulcerative Colitis", *Canad. M.A.J.* 58:326, 1948.
 197. Rubenstein, B.B.: „Functional Sterility in Women", *Ohio State M.J.* 35:1066, 1939.
 198. —: „The Vaginal Smear-Basal Body Temperature Technic and Its Application to the Study of Functional Sterility in Women", *Endocrinology* 27:843, 1940.
 199. Ruesch, J., Christiansen, C., Harris, R.F., Dewees, S., Jacobson, A., Loeb, M.B.: *Duodenal Ulcer. A Sociopsychological Study of Naval Enlisted Personnel and Civilians*, University of California Press, Berkeley și Los Angeles, 1948.
 200. Ruesch, J. Christiansen, C., Patterson, L.C., Dewees, S., Jacobson, A., în colaborare cu Soley, M.H.: „Psychological Invalidism in Thyroidectomized Patients", *Psychosom. Med.* 9:77, 1947.
 201. Sadger, J.: „Über sexualsymbolische Verwertung des Kopfschmerzes", *Zentralbl. f. Psychoanal.* 2:190, 1911/12.

202. Saul, L.J.: „Hostility in Cases of Essential Hypertension“, *Psychosom. Med.* 1:153, 1939.
203. Saul, L.J., Bernstein, C.: „The Emotional Settings of Some Attacks of Urticaria“, *Psychosom. Med.* 3:340,9 1941.
204. Sawyer, C.H., Markee, J.E., Townsend, B.F.: „Cholinergic and Andrenergic Components in the Neurohumoral Control of the Release of LH in the Rabbit“, *Endocrinology* 44:18, 1949.
205. Scarborough, L.F.: „Neuro-Dermatitis from a Psychosomatic Viewpoint“, *Dis. Nerv. System* 9:90, 1948.
206. Schiele, B.C., Brozek, J.: „Experimental Neurosis' Resulting from Semistarvation in Man“, *Psychosom. Med.* 10:31, 1948.
207. Schmied, M.: „Eßstörung und Verstimmung vor dem dritten Lebensjahr“, *Zentralbl. f. Psychoanal.* 10:241, 1936.
208. Schulze, V.E., Schwab, E.H.: „Arteriolar Hypertension in the American Negro“, *Am. Heart. J.* 11:66, 1936.
209. Seidenberg, R.: „Psychosexual Headache“, *Psychiat. Quart.* 21:351 1947.
210. Selinsky, H.: „Psychological Study of the Migrainous Syndrom“, *Bull. New York Acad. Med.* 15:757, 1939.
211. Selye, H.: „The General Adaptation Syndrom and the Diseases of Adaptation“, *J. Clin. Endocrinol.* 6:117, 1946.
212. Silbermann, I.S.: „Experimentelle Magen-Duodenalulcuserzeugung durch Scheinfüttern nach Pavlov“, *Zentralbl. f. Chir.* 54:2385, 1927.
213. Smith, H.W.: *Lectures on the Kidney*, University of Kansas Press, Lawrence, 1943.

214. Smith, H.W., Goldring, W., Chasis, H.: „Role of the Kidney in the Genesis of Hypertension“, *Bull. New York Acad. Med.* 19:449, 1943.
215. Soffer, L.J., Volterra, M., Gabrilove, J.L., Pollack, A., Jacobs, M.: „Effect of Iodine and Adrenalin on Thyrotropin in Graves' Disease and in Normal and Thyroidectomized Dogs“, *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 64:446, 1947.
216. Soskin, S., Levine, R.: *Carbohydrate Metabolism*, University of Chicago Press, Chicago, 1946.
217. Soule, S.D.: „A Study of Thyroid Activity in Normal Pregnancy“, *Am. J. Obst. & Gynec.* 23:165, 1932.
218. Sperling, M.: „Psychoanalytic Study of Ulcerative Colitis in Children“, *Psychoanalyt. Quart.* 15:302, 1946.
219. Squier, R., Dunbar, F.: „Emotional Factors in the Course of Pregnancy“, *Psychosom. Med.* 7:161, 1946.
220. Stokes, J.H.: „The Nervous and Mental Component in Cutaneous Disease“, *Pennsylvania M. J.* 35:229, 1932.
221. Stokes, J.H., Beerman, H.: „Psychosomatic Correlations in Allergic Conditions: a Review of Problems and Literature“, *Psychosom. Med.* 2:438, 1940.
222. Sullivan, A.J., Chandler, C.A.: „Ulcerative Colitis of Psychogenic Origin“, *Yale J. Biol. & Med.* 4:779, 1932.
223. Szasz, T.S.: „Factors in the Pathogenesis of Peptic Ulcer“, *Psychosom. Med.* 11:300, 1949.
224. —: „Psychosomatic Aspects of Salivary Activity. I. Hypersalivation in Patients with Specific Ulcer“. (Urmează să fie republicat în *Proc. of the A. for Research in Nerv. & Ment. Dis.*)

225. —: „Psychosomatic Aspects of Salivary Activity. II. Psychoanalytic Observations Concerning Hypersalivation“. (Urmează să fie publicat.)
226. —: „Psychiatric Aspects of Vagotomy. A Preliminary Report“, *Ann. Int. Med.* 28:279, 1948.
- 227.—: „Psychiatric Aspects of Vagotomy. II. A Psychiatric Study of Vagotomized Ulcer Patients with Comments on Prognosis“, *Psychosom. Med.* 11:187, 1949.
228. —: „Psychiatric Aspects of Vagotomy. III. The Problem of Diarrhea after Vagotomy“. (Urmează să fie publicat în *J. Nerv. & Ment. Dis.*)
229. —: „Psychiatric Aspects of Vagotomy. IV. Phantom Ulcer Pain“, *Arch. Neurol. & Psychiat.* 62:728, 1949.
230. Szasz, T.S., Kirsner, J.B., Levin, E., Palmer, W.L.: „The Role of Hostility in the Pathogenesis of Peptic Ulcer: Theoretical Considerations with the Report of a Case“, *Psychosom. Med.* 9:331, 1947.
231. Szondi, L., Lax, H.: „Über die Alimentäre Glykämische Reaktion bei Neurasthenie“, *Ztschr. f. d. Gesamte Experimentelle Medizin*, 64:274, 1929.
232. Talbot, N.B., Sobel, E.H., Burke, B.S., Lindermann, E., Kaufman, S.B.: „Dwarfism in Healthy Children: Its Possible Relation to Emotional, Nutritional and Endocrine Disturbances“, *New England J. Med.* 236:783, 1947.
233. Tauber, E.S., Daniels, G.E.: „Further Observations on Androgenic Hormones and Psychic Conflict“, *Psychosom. Med.* 11:140, 1949.
234. Taylor, H.: „Gastroscopy, Its History, Technique, and Clinical Value with Report on 60 Cases“, *Brit. J. Surg.* 24:469, 1937.

235. Touraine, G.A., Draper, G.: „The Migrainous Patient“, *J. Nerv. & Ment. Dis.* 80:1, 1934.
236. Uotila, U.U.: „On the Role of the Pituitary Stalk in the Regulation of the Anterior Pituitary, with Special Reference to the Thyrotropic Hormone“, *Endocrinology* 25:605, 1939.
237. Van der Heide, C.: „A Study of Mechanisms in Two Cases of Peptic Ulcer“, *Psychosom. Med.* 2:398, 1940.
238. Wallace, H.L.: „Hyperthyroidism: A Statistical Presentation of its Symptomatology“, *Edinburgh M. J. (N. S.)* 38:578, 1931.
239. Weber, H.: „The Psychological Factor in Migraine“, *Brit. J. Med. Psychol.* 12:151, 1932.
240. Weiss, E.: „Cardiospasm: A Psychosomatic Disorder“, *Psychosom. Med.* 6:58, 1944.
241. —: „Psychosomatic Aspects of Hypertension“, *J.A.M.A.* 120:1081, 1942.
242. Weiss, E., English, O.S.: *Psychosomatic Medicine*, ediția a doua, W.B. Saunders Company, Philadelphia și Londra, 1949.
243. Weiss, Edoardo: „Psychoanalyse eines Falles von Nervösem Asthma“, *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 8:440, 1922.
244. Weiss, S.: „The Interaction between Emotional States and the Cardiovascular System in Health and in Disease“. *Contribuții la Medical Sciences în memoria dr. Emanuel Libman* 3:1181, 1932.
245. Weiss, S., Ellis, L.B.: „The Quantitative Aspects and Dynamics of the Circulatory Mechanism in Arterial Hypertension“, *Am. Heart J.* 5:448, 1930.
246. Westphal, K.: „Untersuchungen zur Frage der nervösen Entstehung peptischer Ulcera“, *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* 114:327, 1914.

247. White, B.V., Cobb, S., Jones, C.M.: *Mucous Colitis*, Psychosom. Med. Monogr. I., National Research Council, Washington, D.C., 1939.
248. White, W.A.: *The Meaning of Disease*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1926.
249. Wilder, J.: „Psychological Problems in Hypoglycemia“, *Am. J. Digest. Dis.* 10:428, 1943.
250. Wilkins, L., Fleischmann, W.: „Sexual Infantilism in Females; Causes, Diagnosis and Treatment“, *J. Clin. Endocrinol.* 4:306, 1944.
251. Wilson, G.W.: „The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. III. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Spastic Colitis“, *Psychoanalyt. Quart.* 3:558, 1934.
252. Winkelstein, A.: „A New Therapy of Peptic Ulcer“, *Am. J. M. Sc.* 185:695, 1933.
253. Wittkower, E.: „Studies on the Influence of Emotions on the Functions of the Organs Including Observations in Normals and Neurotics“, *J. Ment. Sc.* 81:533, 1935.
254. —: „Ulcerative Colitis: Personality Studies“, *Brit. M. J.* 2:1356, 1938.
255. Wolberg, L.R.: „Psychosomatic Correlations in Migraine: Report of a Case“, *Psychiat. Quart.* 19:60, 1945.
256. Wolfe, T.: „Dynamic Aspects of Cardiovascular Symptomatology“, *Am. J. Psychiat.* 91:563, 1934.
257. Wolfe, H.G.: „Personality Features and Reactions of Subjects with Migraine“, *Arch. Neurol. & Psychiat.* 37:895, 1937.
258. Wolff, H.G., Wolf, S.: „Studies on a Subject with a Large Gastric Fistula; Changes in the Function of the Stomach in Association with Varying

- Emotional States“, *Tr. A. Am. Physicians* 57:115, 1942.
259. Wulff, M.: „Ueber einen Interessanten Oralten Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht“, *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 18:281, 1932.
260. Zweig, S.: *Die Heilung durch den Geist (Mental Healers)*, Insel-Verlag, Leipzig, 1931.

